NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Elfter **Jahrgang.**

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 20 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1892. **1. December.** **Nr. 23.**

I. Originalmittheilungen.

Von der Heterotopie der grauen Substanz im Rückenmark.

(Nach einem Vortrag, gehalten im psychiatrischen Verein zu Berlin am 15. Juni 1892.)

Von Dr. **P. Kronthal.**

(Aus dem Laboratorium des Herrn Prof. **Mendel.**)

Bei der anatomischen Untersuchung eines Falles von Bleivergiftung fand sich neben einer Myelitis eine Heterotopie im Rückenmark; im Anschluss an diesen sammelte ich aus der Litteratur die bis dahin publicirten Fälle von derartiger Missbildung der grauen Substanz.[1] Es fanden sich im Ganzen 10. Dazu kam als elfter der oben erwähnte. Zwei Jahre später beschrieb ich eine im Rückenmarke eines Rindes gefundene Heterotopie.[2] Ferner wurden noch solche beobachtet von Jacobsohn[3] in einem myelitischen Rückenmarke, von Brasch[4] in einem Organ mit syphilitischer Myelitis. Chiari[5] berichtet von einem Halsmark, das neben Sclerose der weissen Substanz zwei Vorderhörner und vier Hinterhörner aufwies, Feist[6] von einer partiellen Doppelbildung, die er neben Entartung der Hinterstränge und hinteren Wurzeln in dem Rückenmarke eines Paralytikers fand. In der Sitzung vom 7. April 1891 der Londoner pathol. Gesellschaft[7] verlas Turner eine Arbeit von Campbell, welcher in der Höhe des 10.—12. Dorsalnerven Heterotopie und Myelitis gesehen hatte. In der Discussion demonstrirte Howard Tooth Präparate (gefertigt von Dr. Woods), die von einem Paralytiker stammen und neben geringer Abweichung von der normalen Configuration der grauen Substanz starke pathologische Veränderungen des Organs zeigen. Dabei sollen die Degenerationen dort am geringsten sein, wo die Heterotopie ist. Turner bespricht Schnitte von einem Kaninchen mit drei Vorderhörnern und drei vorderen Wurzeln.

Wir haben also bis jetzt 19 histologisch gut studirte Fälle von Heterotopie.

Dabei stellt sich die sehr auffallende Thatsache heraus, dass von diesen 19 Fällen vier im Laboratorium des Herrn Prof. Mendel gefunden wurden. Wenn man nun auch von einer Duplicität der Fälle spricht, so dürfte man doch wohl nicht berechtigt sein, dieses vierfache Zusammentreffen als einen Zufall anzusehen und es muss nach einem Grunde gesucht werden, weshalb an dem einen

---

[1] Neurol. Centralbl. 1888. S. 97.
[2] Neurol. Centralbl. 1890. S. 392.
[3] Neurol. Centralbl. 1891. S. 38.
[4] Neurol. Centralbl. 1891. S. 489.
[5] Deutsche med. Wochenschr. 1891. Nr. 42.
[6] Neurol. Centralbl. 1891. S. 713.
[7] Bericht in the Brit. med. Journ. Nr. 2. 1891. 15. April.

Ort diese Missbildung relativ so oft gefunden wird. Da an anderen Laboratorien ebenso viele Medullae spinales untersucht werden, so ist der Grund für die Häufigkeit des Befundes im Laboratorium von Prof. Mendel nur in der Art der Bearbeitung zu suchen. Es ist hier nämlich Usus, das Rückenmark, ebenso wie die Medulla oblongata in Serien zu schneiden, indem man von der Anschauung ausgeht, dass, wie in letzterer jeder Schnitt rücksichtlich der in ihm enthaltenen Elemente eine andere Rolle für die Peripherie spielt, so auch im Rückenmark die in jedem Schnitte enthaltenen Elemente eine andere Bedeutung haben als die des vorhergehenden oder des folgenden. Es wird natürlich nicht jeder Schnitt conservirt. So viel mir bekannt, wird in anderen Laboratorien das Rückenmark histologisch derart untersucht, dass aus den einzelnen Partien, dem Hals-, Dorsal-, Lumbal-, Sacralmark, 2—3 Stückchen von $^1/_2$ bis 1 cm Länge genommen, geschnitten, gefärbt und mikroskopirt werden. Dabei kann es nun sehr leicht passiren, dass Heterotopien dem Untersuchenden vollkommen entgehen. Sehr oft nämlich haben diese Missbildungen nur eine Ausdehnung von wenigen Centimetern, wie z. B. in dem Fall von Campbell.

Soll an der Hand dieses Materials die Frage geprüft werden, ob dieser Missbildung für die Pathologie des Markes eine Bedeutung zukommt, so müssen von vornherein vier Fälle aus der Betrachtung ausgeschlossen werden; in erster Reihe nämlich die drei, welche sich bei Thieren gefunden haben. Dieser Ausschluss ist nothwendig, einerseits, weil wir nicht wissen, in welcher Art Thiere auf die Schädlichkeiten, die erfahrungsgemäss beim Menschen am häufigsten zu einer Erkrankung des Rückenmarks Veranlassung geben, reagiren, andererseits, weil das eine Thier eine Missgeburt war, die bald nach der Geburt starb (Fall Shiefferdecker), die beiden anderen aber (das Kaninchen von Turner, das Rind von mir) wohl in der Blüthe ihrer Jahre gemordet wurden. Der vierte Fall, welcher nicht weiter berücksichtigt werden kann, ist der von Pick.[1] Der Patient ging nämlich durch ein Trauma der Wirbelsäule mit Compressions-Myelitis zu Grunde. — Bei Nichtberücksichtigung dieser vier Fälle bleiben 15 übrig. Bei allen diesen 15 wurde neben der Heterotopie noch eine histologisch stets deutliche Erkrankung des Rückenmarks gefunden.

Dabei stellt sich die Sache nicht etwa so, dass diese Patienten an einer primären Krankheit des Rückenmarks zu Grunde gegangen sind, sondern zum grössten Theil litten sie an chronischen Krankheiten, im Verlauf welcher Affectionen des Rückenmarks hinzutraten.

Die primären chronischen Leiden waren folgende:

4 Fälle Paralysis progressiva,
2 „ „ pseudohypertrophica,
1 Fall Saturnismus chronicus,
1 „ Phthisis pulmonum,
1 „ Syphilis,
1 „ Pneumonie,

[1] Prager med. Wochenschr. S. 195.

1 Fall progressive Muskelatrophie,
2 Fälle Myelitis,
2 „ Tabes.

Die ersten 11 Fälle zeigten alle mehr oder weniger schwere Veränderungen des Rückenmarks, die als Myelitis, als heerdförmige, als heerd- und strangförmige Degenerationen, als Sclerosen beschrieben und bezeichnet werden.

Vier Fälle gingen an einem primären Rückenmarksleiden zu Grunde, nämlich zwei an Myelitis und zwei an Tabes.

Es ist nun doch sicher sehr auffallend, dass diese 15 Fälle von Heterotopie sämmtlich Erkrankungen des Markes zeigten. Diese Thatsache ist um so auffallender, als einige primäre Erkrankungen, eine Paralysis pseudohypertrophica, Saturnismus chronicus, Syphilis darunter sind, bei denen ein Mitergriffensein des Rückenmarks wenigstens nichts Gewöhnliches, Paralysis progressiva, bei der es nicht Regel, wenn auch sehr häufig, und Pneumonie und Phthisis pulmonum, bei denen es eine grosse Ausnahme ist. Daher dürfte die Ansicht von Pick[1], nach welcher derartig fehlerhaft angelegte Organe loci minoris resitentiae seien, eine Ansicht, der ich mich angeschlossen habe, indem ich diese Organe sogar als Orte minimae resistentiae[2] bezeichnete, wohl zu Recht bestehen.

Diese Anschauung ist mehrfach angefochten worden. In der bereits citirten Arbeit meint Jacobsohn drei Gründe dagegen anführen zu können. 1. Es ist bisher nicht eine genügend grosse Anzahl von Medullae spinales ausreichend sorgfältig untersucht worden, um eine derartige Behauptung zu stützen. 2. Das Rückenmark des Rindes, bei dem sich Heterotopie fand, zeigte doch sonst keine pathologischen Veränderungen. 3. In dem von ihm beschriebenen Falle war der Patient bis zum 55. Jahre gesund.

Was den ersten Punkt betrifft, so kann man ihm eine gewisse Berechtigung nicht absprechen. Es wäre allerdings im höchsten Grade wünschenswerth, dass eine grosse Zahl von normaler Medullae spinales auf das Vorkommen von Heterotopie untersucht würde. Hoffentlich findet sich auch einmal Jemand, der sich dieser mühseligen und zeitraubenden Arbeit unterzieht. Um diese Missbildung in ihrem Werth für die Pathologie des Rückenmarks richtig zu würdigen, würde allerdings noch der Nachweis gehören, ob resp. welchen Schädigungen der Träger dieses Organs ausgesetzt war. Es ist natürlich nicht meine Ansicht, dass ein derartig missgestaltetes Rückenmark unbedingt erkranken muss, sondern nur, dass, wenn dem Träger desselben irgend eine der Noxen trifft, die erfahrungsgemäss das Nervensystem afficiren oder nach theoretischen Erwägungen afficiren können (wie die Infectionskrankheiten), dann das Rückenmark durch Erkrankung reagirt.

Findet sich z. B. in einer Medulla spinalis mit Heterotopie eines Menschen, der an einem Trauma zu Grunde gegangen ist, keine Degeneration im Rückenmark, so sagt das nichts gegen obige Behauptung.

---

[1] l. c.
[2] Neurol. Centralbl. 1888.

Ad 2 ist zu bemerken, dass das Rind, wie auch wohl das von TURNER beschriebene Kaninchen, einerseits einen vorzeitigen Tod erlitten hat, andererseits aber unsere Kenntnisse von der Erkrankung des Nervensystems bei Thieren noch nicht ausreichend sind, um beurtheilen zu können, wie das Rückenmark bei ihnen auf Noxen, die den ganzen Organismus treffen, in allen Fällen reagirt. Es kommen die zum ersten Punkt gemachten Erwägungen hinzu, nämlich der Mangel resp. die Unmöglichkeit des Nachweises, dass die betreffenden Thiere von irgend welchen das Nervensystem gefährdenden Krankheiten einmal befallen waren.

Gegen den dritten Grund gelten dieselben Erwägungen. Der Patient erkrankte im 55. Jahre nach einer Syphilis — wann er sie sich geholt hatte, war nicht zu eruiren — an einer Myelitis. Dass das Rückenmark nicht schon vorher erkrankte liegt daran, dass der Patient eben früher keine der Affectionen gehabt hat, die das Nervensystem mit befallen können.

HOWARD TOOTH behauptete in der vorher erwähnten Sitzung der Londoner pathologischen Gesellschaft, dass die meisten der Fälle aus Irrenhäusern stammen. Die oben gegebene Statistik erweist diesen Ausspruch vorläufig als nicht richtig. Denn von den 16 Fällen stammen nur fünf aus Irrenhäusern. Doch bezweifle ich nicht, dass, wenn das Rückenmark der Geisteskranken stets histologisch genau geprüft würde, viel mehr Fälle auf Geisteskranke kämen.

Ist doch wohl die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass, wenn Störungen in der Entwickelung der sich verhältnissmässig einfach configurirenden grauen Substanz des Rückenmarks eingetreten sind, solche bei den sich viel complicirter bildenden centralen grauen Massen leicht bestehen können. Die meisten derartig beschriebenen Fälle stammen aber aus Irrenhäusern.[1] Also scheint auch die Heterotopie der grauen Substanz im Gehirn dasselbe zu Erkrankungen geneigt zu machen.

Dass PFLEGER[2] unter 400 Kleinhirnen, die er auf Heterotopie untersuchte, 75 Mal solche fand und dass unter diesen 75 sowohl Geistesgesunde als Geisteskranke waren, will nichts sagen. Dass Jemand Heterotopie im Gehirn haben und doch geistesgesund bleiben kann, ist nicht zu bezweifeln. Es treffen da dieselben Bedingungen und Verhältnisse zu, wie bei der Heterotopie im Rückenmark. Leider ist aus der sehr kurzen PFLEGER'schen Arbeit, die auch nur als „vorläufige Mittheilung“ bezeichnet wird — eine später ausführlichere konnte ich nicht finden — nicht zu erfahren, wie viele von seinen 75 Fällen auf Geisteskranke und wie viele auf Geistesgesunde kamen. Ferner darf man nicht vergessen, wie wenig orientirt wir überhaupt über den Antheil sind, den das Kleinhirn an psychischen Processen nimmt.

Zwar hat MEYER[3] Degenerationsprocesse im Kleinhirn, sowohl bei pro-

---

[1] cf. SIMON, Virch. Arch. Bd. LVIII. — WICKE, Deutsche Klinik. 1869. — MESCHEDE, Virch. Arch. Bd. L. — SIMON, Arch. f. Psych. Bd. II. — RITTER, Württemb. med. Correspondenzblatt. 1869. — OTTO, Virch. Arch. Bd. CX.

[2] Centralblatt f. med. Wissensch. 1880.

[3] Arch. f. Psych. Bd. XXI.

gressiver Paralyse, als auch bei Melancholie, Idiotie, Paranoia nachgewiesen, doch lässt sich weder das Kleinhirn als Ausgangspunkt der Erkrankung ansehen, noch seine Betheiligung als Regel aufstellen. Ob in allen Fällen PFLEGER's eine histologische Untersuchung des Kleinhirns und der heterotopischen Partien stattgefunden hat, geht aus der Arbeit nicht hervor. Es wäre eine solche jedenfalls in Zukunft sehr wünschenswerth. Dabei dürfte unbedingt nicht unterlassen werden, im Grosshirn auch genau auf Heterotopie zu fahnden. Denn würde sich dort eine solche finden, so wird man jedenfalls eher geneigt und berechtigt sein, eine eventuelle psychische Erkrankung auf diese zu schieben, als auf das Kleinhirn. Ein negativer mikroskopischer Befund der heterotopischen Massen würde nicht beweisend sein. Fehlen uns doch noch bei nicht wenigen Geisteskrankheiten pathologisch-histologische Befunde. VIRCHOW[1], der sich zuerst genauer mit der Heterotopie beschäftigte, schreibt: „So viel geht aus der von mir oben mitgetheilten Beobachtung, sowie aus der von TÜNGEL hervor, dass wenigstens Idiotie nicht nothwendig mit der anatomischen Anomalie verbunden ist, dass vielmehr im äussersten Falle nur eine geringe Abweichung in den geistigen Anlagen und damit vielleicht eine Prädisposition zu späteren Geistesstörungen gegeben ist."

HOWARD TOOTH hat in der vorher erwähnten Sitzung der Londoner pathol. Gesellschaft behauptet, es würden unter Heterotopie zwei Processe zusammengeworfen, nämlich Doppelbildungen und ausgedehnte Entzündungen der grauen Substanz. Dagegen ist zu erwidern, dass bei einer Heterotopie an Masse der grauen Substanz nicht das Mindeste mehr vorhanden zu sein braucht, als normaler Weise. Wenn eine richtige Doppelbildung vorliegt, so wird man natürlich auch von Heterotopie reden können, aber man kann dies wie gesagt auch schon, wenn nur die graue Substanz, nicht die Configuration hat, die sie gewöhnlich besitzt und somit an Orten liegt, wo sie nicht hingehört. Wie es durch ausgedehnte Entzündungen der grauen Substanz zu Heterotopie kommen soll, ist nicht recht verständlich. Eine Entzündung der grauen Substanz kann sie doch nicht von ihrem Orte fortbringen. Höchstens können die Hörner atrophiren und so kann dort, wo vorher etwas war, nachher nichts sein. Das kann man doch aber nicht als Heterotopie bezeichnen. Denkbar ist, dass durch ausgedehnte Entzündung und folgende Erweichung der weissen Substanz die graue ihre Configuration ändert. Allein eine solche Entstehung der Lageveränderung der grauen Substanz wird sich wohl makroskopisch als auch mikroskopisch leicht constatiren lassen und dürfte nicht mit dem Namen Heterotopie belegt werden. Es ist hier vollkommen OTTO[2] beizustimmen. Er ist auch der Ansicht, dass Verlagerungen grauer Substanz in Folge von pathologischen Processen nicht als Heterotopie bezeichnet werden sollten. Als solche sind nur diejenigen Missbildungen anzusprechen, welche durch eine Störung in der Entwickelung bedingt sind. VIRCHOW[3] hat auch, wie aus seinen diesbezüglichen Arbeiten hervorgeht, immer nur in diesem Sinne den Ausdruck gebraucht.

---

[1] Geschwülste. Bd. III. Virch. Arch. Bd. XXXVIII. S. 141.

[2] l. c.

[3] l. c.

Sucht man eine Erklärung dafür, dass ein mit Heterotopie behaftetes Rückenmark leichter erkrankt als ein normales, so könnte man zuerst an eine in Folge der fehlerhaften Bildung ursprüngliche geringere Widerstandsfähigkeit desselben denken. Man könnte sich die Sache etwa so erklären: Dadurch, dass die grauen Massen ungewöhnlicherweise innerhalb der langen Bahnen der weissen Fasern liegen, müssen letztere entweder die grauen Massen durchsetzen, was sie manchmal thun, oder um sie in Bogen herumziehen, was meist der Fall ist. Man könnte nun diesen gekrümmten Verlauf der Fasern als eine gewisse Erschwerung für ihre Thätigkeit ansehen. Organe, die unter ungünstigen Umständen arbeiten, erkranken aber natürlich leichter. Gestützt wird diese Anschauung sehr durch den von Campbell[1] veröffentlichten Fall, in welchem eine Heterotopie nur in der Gegend vom 10.—12. Dorsalnerven bestand und auch hier nur eine Myelitis gefunden wurde.

Nach den Untersuchungen von His[2] kann man sich die Heterotopie im Rückenmark dadurch entstanden denken, dass der Randschleier in das Gebiet der Neuroblasten eindringt und dieselben, die eine geschlossene Masse bilden sollen, auseinandersprengt oder, dass die Neuroblasten gehindert, gleichmässig sich auszubreiten, nach einzelnen Seiten hin sich stärker entwickeln und in den Randschleier eindringen. Als Kräfte resp. Umstände, durch welche das Eine oder das Andere eintritt, lassen sich sehr mannigfache mechanische Behinderungen oder Veranlassungen denken. Wie aber eine ächte Doppelbildung, wenn sie auch nur partiell ist, entsteht, zu erklären, dürfte ziemlich erhebliche Schwierigkeiten machen.

II. Referate.

Anatomie.

1) Spinalganglien des Kaninchens, von Justus Gaule. (Centralbl. für Physiol. H. 11. 1892. 29. August.)

G. hat, nachdem es ihm gelungen war, bei Kaninchen die Spinalganglien des Halses völlig unversehrt freizulegen, dieselben durch Brennen mit dem Galvanocauter, durch Betupfen mit rauchender Salpetersäure, durch Stich und Schnitt mit dem Messer verletzt, um über die Function dieser Ganglien näheren Aufschluss zu geben.

Es ergab sich, dass das Spinalganglion in der Beeinflussung der Gefässe sich umgekehrt und antagonistisch zum Sympathicus verhält, dass es ferner selbst wenig empfindlich ist, dass die Sensibilitätsstörung am Körper am beträchtlichsten ist, wenn das Ganglion quer zum Nervenfaserlauf getroffen wurde, dass Coordinationsstörungen sowohl auf derselben, wie gekreuzten Seite auftraten und dass trophische Störungen, welche durch Verletzung eines Ganglion bedingt sind, durch den Einfluss der übrigen wieder schnell zum Schwinden gebracht werden. Unter den Veränderungen, welche sich bei der 24 Stunden nach der Operation jedes Mal gemachten Section des Thieres zeigten, sind nach Ansicht des Verf.'s folgende auf Rechnung der Ganglienverletzung

---

[1] l. c.

[2] Die Neuroblasten u. s. w. Leipzig 1889. Hirzel.

zu setzen: 1. Veränderungen in der Haut. 2. Blutungen in den Muskeln. 3. Veränderungen der Nebennieren. 4. Grössenverminderung des gekreuzten Geschlechtsorganes und des gekreuzten Schilddrüsenlappens. 5. Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes. L. Jacobsohn.

---

2) Ueber die normale Structur der Ganglienzellen des Kaninchenrückenmarkes und über deren pathologische Veränderungen bei Vergiftungen mit Phosphor und Morphium, von A. Sarbó. (Ungar. Arch. f. Medicin. 1892.)

S. giebt zuerst ein Bild von der normalen Structur der Ganglienzellen des Kaninchenrückenmarks, welches er nach der Nissl'schen Zellfärbungsmethode gewonnen hat und beschreibt darauf die pathologischen Veränderungen derselben bei experimentell erzeugter Phosphor- und Morphiumvergiftung, die im Wesentlichen in körniger Degeneration des Chromatins bestehen. L. Jacobsohn.

Experimentelle Physiologie.

3) Neues über einige Rückenmarksfunctionen, von Dr. H. Higier, Warschau. (Deutsche medicinische Wochenschrift. 1892. Nr. 18.)

Die physiologischen Experimente und klinischen Beobachtungen, die in der letzten Zeit von den verschiedensten Seiten über die Functionen des Rückenmarks angestellt worden sind, speciell diejenigen, die ein practisches Interesse beanspruchen, werden von H. einer kurzen Discussion unterworfen, wobei der Reihe nach das motorische, reflectorische und sensible Gebiet besprochen wird.

Zunächst erwähnt der Verf. die im December 1890 in diesem Centralblatt veröffentlichen Untersuchungen v. Bechterew's über die verschiedenen Lagen und Dimensionen der Pyramidenbahnen und über das Vorkommen von Fasern in denselben, welche sich durch eine frühere Entwicklung auszeichnen. Die klinische Bedeutung der letzteren, auf Grund embryologischer Untersuchungen gemachten Entdeckung liegt darin, dass man bei umfangreichen absteigenden Degenerationen in der That dasselbe Fasersystem nicht degenerirt findet. Eine Ergänzung zu v. Bechterew's Arbeit liefern die Beobachtungen von Kusick (Dorpater Inaug.-Diss. 1890), wonach in der Pyramidenbahn auch doppeltgekreuzte Fasern verlaufen, eine physiologisch ziemlich auffallende Thatsache. Bezüglich der reflexhemmenden Function des Rückenmarks hat Bastian (Med. chir. Transact. 1890, Nr. 73) nachgewiesen, dass nicht immer bei absteigender Degeneration der Pyramidenbahn eine Erhöhung der Reflexe eintreten muss, dass vielmehr bei totaler Quertrennung des Rückenmarks die Haut- wie die Sehnenreflexe, deren Bogen unterhalb der Trennungsstelle liegt, für immer ausfallen. Practisch folgt daraus, dass bei gänzlichem Ausfall der Reflexe die Prognose absolut schlecht und ein chirurgischer Eingriff zum mindesten unnütz ist; diagnostisch verliert damit die Gowers'sche segmentale Localisirung der Hautreflexe ganz ihren Werth. Bastian erklärt den Ausfall der Reflexe durch die gleichzeitige Degeneration des Kleinhirnseitenstranges, welchem normaliter eine dauernd tonisirende Wirkung zugeschrieben wird. Im Grossen und Ganzen hat auch Bowlby (Brit. med. Journ. 1890, Mai) die Angaben Bastian's bestätigt, während Babinski (Arch. de Méd. exp. 1891, III) sogar schon bei ganz leichten Läsionen, besonders Quetschungen des Rückenmarks, Fehlen der Reflexe beobachtet hat.

Die hypothetischen Erklärungen Brown-Séquard's über die trophisch-reflectorische Thätigkeit des Rückenmarks haben durch Raymond's Thierexperimente (Revue de Méd. 1890, Mai) ihre volle Bestätigung gefunden. Wenn trotzdem die Degeneration der Vorderhornganglien des Rückenmarks im Gegensatz zum Gehirn nicht

immer eine secundäre Entartung der peripheren Nerven hervorruft (Kronthal, Neurolog. Centralbl. 1891, März), so hat entweder das bekannte Waller'sche Gesetz nicht allgemeine Gültigkeit, oder die Nerven besitzen in ihrem Verlauf noch weitere Ernährungsquellen, als welche vielleicht die in den gemischten Nerven selbst eingebetteten Ganglienzellen anzusehen sind.

Bei der Besprechung der sensiblen Functionen des Rückenmarkes endlich wird die Frage nach dem Verhalten der Sensibilitätsstörungen zu denen der activen und passiven Bewegungen zu Gunsten der Leyden'schen Hypothese gelöst. Der für diesen Punkt entscheidenden Entdeckung Goldscheider's (Zeitschrift f. klin. Medic. XVII, 6), dass die Bahnen der Muskel- und der Hautsensibilität von einander getrennt sind, schliesst sich die klinische Beobachtung von Dejerine und Thuilaut (Médecine moderne, 1891, Februar) an, wonach auch die kälte- und wärmeleitenden Fasern im Rückenmark getrennt, ja sogar unter einander isolirt verlaufen. Auch der wichtigste Einwand gegen die Leyden'sche Anschauung, der sich auf das allerdings seltene Vorkommen von tabischer Gleichgewichtsstörung bei Abwesenheit sensibler Störungen bezieht, findet jetzt seine Erklärung durch die Entdeckung v. Bechterew's, dass die isolirte Durchtrennung der Goll'schen Stränge im oberen Halsmark bei Thieren nur Ataxie ohne Anästhesien erzeugt, was auch durch Martinotti's Resultate bei Durchtrennung der Hinterstränge bestätigt wird.

A. Neisser (Berlin).

Pathologische Anatomie.

4) A study of the artefacts of the nervous system, the topographical alterations of the gray and white matters of the spinal cord caused by autopsy bruises and a consideration of the terotopia of the spinal cord, by Ira van Gieson, New York. (N. Y. med. Journal. 1892. 24. September, 1. und 15. October.)

In dieser werthvollen Arbeit theilt Verf. zunächst die Ergebnisse sorgfältiger und umfassender Untersuchungen über die an dem Rückenmarke bei der Autopsie durch Schlag, Quetschung oder sonstige Misshandlung in der grauen und weissen Substanz erzeugten gröberen Veränderungen. Das Material zu seinen Untersuchungen lieferten einerseits eine Sammlung von über 100 im Laufe der letzten 15 Jahre in gewöhnlicher Weise entfernter, aufbewahrter, zum Theil als erkrankt, zum Theil als normal angesehener Rückenmarke, andererseits eine zweite Gruppe von Rückenmarken, die Verf. bei der Autopsie absichtlich den verschiedenartigsten Lädirungen aussetzte. Die gröberen Veränderungen, die G. nachweisen und willkürlich erzeugen konnte, bestanden im Wesentlichen in Verlagerung, Ineinanderschiebung und Absprengung der grauen nnd weissen Substanz, sodass man Bilder erhielt, welche den als Heterotopie des Rückenmarks beschriebenen vielfach entsprachen; so gelang es Verf. z. B. auch, auf experimentellem Wege mehr weniger vollkommene „Doppelbildung“ des Rückenmarks zu erzeugen.

An der Hand der von ihm erhobenen Befunde unterzieht G. die vielfach in der Litteratur mitgetheilten, namentlich aus neuerer Zeit datirenden Fälle von sog. Heterotopie des Rückenmarks einer scharfen Kritik. Unter den 32 zur Zeit veröffentlichten Fällen lässt er nur sieben als echte Fälle von Heterotopie gelten, alle anderen verwirft er, zum Theil mit grosser Bestimmtheit, zum Theil mit etwas Rückhalt, als bei der Autopsie unabsichtlich erzeugte und als solche nicht erkannte Kunstproducte. Die Fälle, die Verf. gelten lässt, sind fünf von Pick (1878, 1881 und 1890), den Fall von Cramer (1890) und einen von Kronthal (1890). In Anschluss an dieselben theilt Verf. zwei weitere eigene Fälle mit.

Verf. beschreibt ausführlich die Kriterien, durch welche sich die durch Schläge

u. s. w. erzeugten Gestalts- und Lageveränderungen der verschiedenen Theile des Rückenmarks mit Sicherheit erkennen lassen. Zahlreiche lehrreiche Abbildungen sind dem Texte beigegeben. Die Arbeit enthält eine Fülle interessanter Thatsachen und verdient genaues Studium und Berücksichtigung seitens aller Forscher auf dem Gebiete der Nervenpathologie. Leo Stieglitz (New York).

---

5) **Ein Fall von sogenannter Heterotopie der grauen Substanz des Rückenmarks**, von M. Köppen. (Charité-Annalen. XVII. Jahrg. 1892. S. 815.)

Bei einem 66 Jahre alten Pat., der seit $^1/_2$ Jahr an Schmerzen im linken Bein und Taubheitsgefühl in dem unteren Theil des Bauches links und am linken Oberschenkel litt, und der an einer Bronchopneumonie zu Grunde ging, fand sich bei der Section im Rückenmark, ausser einem metastatischen Enchondromknoten im Wirbelcanal ungefähr in der Höhe der Lendenanschwellung, an zwei Stellen des Brustmarks eine Heterotopie grauer Substanz, welche Verf. auf eine Myelitis zurückführt, die entweder im Foetalleben oder bald nach der Geburt bestanden haben muss.

L. Jacobsohn.

---

6) **Heterotopia of the grey matter of the spinal cord**, by C. M. Campbell and W. A. Turner. (Reprinted from the Transactions of the Pathological society of London. 1891.)

Im Rückenmarke eines 26jährigen, an Erschöpfung gestorbenen Pat. fand sich im unteren Theil des Brustmarks eine sog. Heterotopie, d. h. abnorme Configuration der grauen Substanz und eine Myelitis, welche die von der Heterotopie eingenommene Partie befallen hatte. L. Jacobsohn.

Pathologie des Nervensystems.

7) **Pathogénie et Diagnostic des Ophthalmoplégies**, par Ch. Sauvineau. (Paris 1892.)

Die Ophthalmoplegie ist eine keineswegs so seltene Affection, wie allgemein angenommen wird. Verf. hat selbst sechs Fälle derselben beobachtet.

Die Bezeichnung „Ophthalmoplegie" wurde zuerst von Brünner 1850 angewandt, der darunter die vollständige Paralyse des Oculomotorius verstand. Graefe verglich 1868 die Affection mit der Paralysis labio-glosso-laryng. und hob ihre Hauptsymptome hervor. Die erste fast richtige Erklärung für die Ophthalmoplegia externa gab Förster 1878, indem er als Sitz der Läsion den Boden des vierten Ventrikels bezeichnete und eine Läsion der hinteren Kerngruppe annahm, während Parinaud 1880 als erster die Ophth. interna auf eine Erkrankung der Kerne zurückführte. Eine Gesammtbeschreibung der Symptome und Pathogenese des Leidens gab 1882 Lichtheim, an dessen Arbeit sich noch eine Reihe zum Theil sehr bedeutender Arbeiten anschloss.

Da über die Bedeutung der verschiedenen vorgeschlagenen Bezeichnungen — Hutchinson: Ophthalm. externa und interna, Mauthner: Ophth. exterior und interior; Panas: Ophthalm. extrinsèque und intrinsèque — unter den verschiedenen Autoren keineswegs Uebereinstimmung herrscht, so empfiehlt es sich, die partiellen Ophthalmoplegien nach dem betreffenden Nerven als Lähmung des dritten, vierten oder sechsten Nerven zu bezeichnen, bei Paralyse zweier derselben Bewegung dienender Muskeln von „associirter Lähmung" oder von „Lähmung associirter Bewegungen" zu sprechen, dagegen die Bezeichnung „Ophthalmoplegia exterior" nur bei Lähmung

aller äusserer und „Ophth. interior" aller innerer Augenmuskeln anzuwenden, während man bei der Combination der beiden letzteren von „gemischter oder totaler Ophthalmoplegie" sprechen kann. Nach dem Sitze der Läsion sind die Augenmuskellähmungen folgendermaassen einzutheilen:

1. intracranielle
   a) cerebrale { corticale, supranucleare, nucleare, radiculäre }
   b) basilare
2. orbitale
3. periphere
4. bei Neurosen vorkommende.

Die supranuclearen Ophthalmoplegien würden diejenigen darstellen, bei denen die Läsion zwischen Rinde und Kern sitzt, während dieselbe bei den radiculären zwischen Kern und Austrittsstelle des Nerven an der Hirnbasis ihren Sitz hat. Mauthner hat diese beiden Formen früher als „fasciculäre" zusammengefasst.

Das folgende Capitel beschäftigt sich mit der Anatomie der Kerngegend, die im Original nachzulesen ist.

Die häufigste Form der Kernlähmung ist die doppelseitige, und zwar kann es sich um blosse Lähmung der äusseren oder der inneren Muskeln oder beider zusammen handeln.

Die an Ophthalmoplegia ext. leidenden Kranken haben ein ganz charakteristisches Aussehen; die Lider sind halb geschlossen, der Stirnmuskel ist contrahirt, der Bulbus unbeweglich geradeaus gerichtet; doch gehört eine derartige complete Lähmung zu den Seltenheiten, vielmehr ist meist die Bewegung in der einen oder anderen Richtung erhalten. Zuweilen besteht geringer Exophthalmus in Folge der Lähmung der vier Recti.

Bei Ophth. inter. ist die Pupille mässig weit, dieselbe reagirt weder bei Accommodation, noch bei Convergenz oder Lichteinfall.

Bei der Diagnose der Kernlähmung kommt es auf folgende Punkte an: Einmal tritt die Paralyse langsam auf und ergreift zunächst nur einen Muskel, geht dann auf die anderen über, ohne sich an eine bestimmte Reihenfolge zu halten. Ferner handelt es sich zunächst nur um eine Parese des betreffenden Muskels, derart, dass derselbe nur mit grosser Schwierigkeit die ihm zukommende Bewegung ausführt, und dieselbe ruckweise erfolgt. Dasselbe gilt für die Lähmung des oberen Lides, doch bleibt dessen Lähmung meist unvollständig, selbst wenn die anderen Muskeln schon ganz gelähmt sind. Erscheinungen von Seiten des Gehirns fehlen in der Regel, und die Function der inneren Augenmuskeln ist intact.

Ist eine derartige uncomplicirte Lähmung mit Nothwendigkeit als eine Kernlähmung anzusehen? Diese Frage muss bejaht werden, wenn eine orbitale oder periphere Ursache ausgeschlossen werden kann; denn ausser durch eine Läsion der Kerne können die gleichen Symptome nur durch eine intracerebrale oder peripher sitzende Affection hervorgebracht werden. Die intracerebralen Ursachen können corticale, supranucleare und radiculäre sein. Das Vorkommen einer Ophth. exter. corticalen Ursprunges ist bis jetzt noch nicht beobachtet worden und dasselbe gilt für eine solche fasciculären Ursprunges.

Weiter fragt es sich, ob, wenn die Ophthalmoplegie (eine periphere Ursache ausgeschlossen) stets nuclear ist, die Augenmuskellähmung stets eine äussere ist, oder in anderen Worten, ob das Bestehen einer isolirten Ophth. inter., oder der gemischten Ophthalm. die nucleare Ursache ausschliesse. Das ist keinesfalls so. Die erstere ist die Folge von nutritiven Veränderungen im unteren Kerngebiet des Oculomotorius

und in den Kernen des vierten und sechsten Nerven, die sich aber keineswegs darauf zu beschränken brauchen, sondern nicht selten auf die Kerne für die inneren Augenmuskeln übergehen. „Die Ophthalm. inter. ist daher nur die natürliche Folge der Ausdehnung des sich in den Kernen abspielenden Processes."

Nach dem Verlaufe sind die Augenmuskellähmungen in chronische, subacute und acute einzutheilen. Bei der chronischen Form ist wieder die stationäre von der progressiven zu unterscheiden. Nur die erstere ist eine isolirte, selbständige Erkrankung. Sie ist sehr selten, häufiger ist die progressive Form, bei der fünf Complicationen möglich sind:

1. Uebergehen der Läsion auf die Kerne für die inneren Augenmuskeln,
2. der umgekehrte Process findet statt,
3. die Läsion geht auf den Bulbus über,
4. die Medulla spinalis wird ergriffen,
5. kann in umgekehrter Reihenfolge die Augenmuskellähmung in Anschluss an eine bulbäre oder spinale Affection auftreten.

Bei der acuten Form bestehen häufig Bulbär- und Gehirnerscheinungen. Der Process spielt sich sehr schnell ab und der Tod lässt meist nicht lange auf sich warten.

Bei der subacuten Form sind Heilungen nicht selten. Sie entsteht besonders nach Infectionskrankheiten und Intoxicationen.

Die Processe, um die es sich bei den einzelnen Formen handelt, sind

I. für die chronische Form: 1. eine primäre Degeneration der Kerne; Poliencephalitis; Poliencephalomyelitis. 2. Secundäre Processe in den Kernen, die im Anschluss an Cerebrospinalleiden, Infectionskrankheiten, Intoxicationen, Allgemeinleiden und Dyscrasien und endlich nach localen im Niveau des Kerngebietes sich abspielenden Processen auftreten können.

II. Für die acute Form der Ophthalmoplegie ist eine Kernerkrankung bis jetzt noch nicht nachgewiesen worden, vielmehr gehört diese Form zur Gruppe der noch so wenig bekannten „supranuclearen Ophthalmoplegien".

III. Bei der subacuten Form handelt es sich anscheinend häufig um nucleare Läsionen.

Die einseitigen Augenmuskellähmungen sind sehr häufig. Eine einseitige nucleare Ophthalm. inter. ist leicht festzustellen, wenn eine reflectorische oder periphere Ursache fehlt, und ebenso wie diese ist auch das Vorkommen einer einseitigen nuclearen Ophthalm. exter. leicht zu verstehen.

Die supranucleare und corticale Ophthalmoplegie ist theoretisch leicht zu verstehen, practisch aber noch nicht nachgewiesen worden; übrigens kennt man auch mit Ausnahme des Centrums für den Levator palpebrae sup., das Grasset und Landouzy in die Nähe des Pli courbe verlegen, die corticalen Centren für die Augenmuskeln nicht.

Augenmuskellähmungen basilaren Ursprungs können durch mannigfache Processe an der Hirnbasis hervorgerufen werden; charakteristisch für dieselben ist, dass es sich stets um die „gemischte" Ophthalmoplegie handelt, und dass sie meist einseitig auftreten.

Letzteres gilt auch für die Augenmuskellähmungen, die ihren Ursprung in der Orbita haben.

Was endlich die peripheren und die bei Neurosen vorkommenden Ophthalmoplegien anlangt, so hat man erstere besonders bei der Tabes beobachtet, während das Vorkommen der letzteren auf die Hysterie und den Morbus Basedowii beschränkt ist.

In Betreff der zahlreichen (65) theils eigenen, theils fremden Beobachtungen, die zur Illustrirung bei der Besprechung der einzelnen Formen von Augenmuskellähmung in den Text eingefügt sind, muss auf das Original verwiesen werden.

K. Grube.

8) **Ueber einen Fall von chronischer progressiver Augenmuskellähmung, verbunden mit Intoxicationsamblyopie**, von Dr. Boedeker, Assist. Aus der psychiatrischen Klinik der königl. Charité, Prof. Jolly. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. XXIII. H. 2.)

1870 specifische Infection. Sommer 1881 Beginn mit Doppeltsehen und Schielen auf Grund beiderseitiger Abducensparese. — Vorübergehende Besserung durch Verlagerung der Mm. recti externi und Tenotomie der Mm. recti interni. — Sommer 1882 rechts vollkommene Pupillenstarre, links minimale Reaction bei Lichteinfall; Convergenzreaction erhalten; Kniephänomene erhalten. — December 1886 leichte Abblassung der temporalen Papillentheile; centrale Farbenscotome für Roth und Grün; beeinträchtigte Sehschärfe. Kniephänomen rechts herabgesetzt, links verstärkt. Lancinirende Schmerzen in der rechten Seite. Einige Monate vorher Taubheitsgefühl im vierten und fünften Finger der rechten Hand sowie Schwindelanfälle. Leichte paralytische Sprachstörung. Deutliche Demenz: Paralysis progressiva incipiens.

Juli 1888 (Aufnahme in die Irrenabtheilung der Charité) beiderseits Papillen in toto abgeblasst, namentlich in den äusseren Theilen. Pupillenstarre. Convergenzreaction erhalten. Augenbewegungen nach rechts und links beschränkt, nach oben und unten frei. Deutliche articulatorische Sprachstörung. Kniephänomen rechts herabgesetzt, links normal. Sensibilität nicht nachweislich beeinträchtigt. Keine Ataxie. Vorgeschrittener Schwachsinn, Apathie. Grössenideen. — Später Pupillendifferenz (R. > L.). Andeutung von Romberg'schem Symptom. Breitbeiniger Gang. April 1889 Papillen in toto atrophisch verfärbt, rechts weniger ausgesprochen, als links; in den inneren Theilen noch röthliche Reflexe. Convergenzreaction nicht nachweisbar. Augenbewegungen nach allen Richtungen, besonders nach Rechts und Links eingeschränkt. — Zunehmender körperlicher und geistiger Verfall. October 1889 Tod. — Dauer der gesammten Krankheit 8 Jahre. — Obduction: Atrophia cerebri. Pachymeningitis und Leptomeningitis chronica. Dilatatio et Hydrops ventriculorum. Ependymitis granularis. Degeneratio grisea Nn. optici et oculomotorii. — Mikroskopisch: Degeneration der hinteren Wurzelzonen und der hinteren Wurzeln des Dorsal- und Lumbaltheiles des Rückenmarkes. Partielle Degeneration im linken Hypoglossuskern (?). Degeneration des linken Krause'schen Bündels, sowie beider Abducenskerne und deren Wurzelfasern. Partielle Entartung der aufsteigenden Trigeminuswurzel. Degeneration des Trochleariskernes und der intramedullären Fasern desselben, sowie der Oculomotoriuskerne mit Ausnahme des distalen Endes derselben und der Westphal'schen Kerne. Entartung der peripherischen Augenmuskelnerven und der Augenmuskeln. Degeneration in den Nn. opticis.

Bemerkenswerth bei dem vorliegenden Falle ist, dass, während im November 1881 Schielen und Doppeltsehen auftrat, erst im December 1886 die Diagnose auf Paralyse gestellt werden konnte. Das distale Ende des Oculomotoriuskernes war normal und der Levator palp. sup. fungirte gut. Dies stimmt mit den Befunden von Siemerling überein.

Der allmähliche Beginn, die zeitweise Besserung, der nicht eigentlich progressive Verlauf des Leidens, das fast gleichzeitige und gleichmässige Befallensein beider Augen, besonders aber jene mit einer deutlichen Herabsetzung der Sehschärfe einhergehenden relativen Scotome für Roth und Grün bei im Uebrigen peripher freiem Gesichtsfelde, sowie endlich der ophthalmoskopische Befund der temporalen Papillenabblassung, alle diese Symptome sind es, welche in ihrer Gesammtheit das wohl charakterisirte klinische Bild einer Intoxicationsamblyopie liefern und eine Unterscheidung sowohl von der eigentlichen (nicht auf Alkohol- oder Tabakintoxication beruhenden) retrobulbären Neuritis wie besonders von der progressiven grauen Atrophie des Opticus ermöglichen.

Auch der klinische Befund bot insofern eine geringe Abweichung von dem gewöhnlichen Bilde der Intoxicationsamblyopie, als nach längerem Bestehen des Leidens

die **ganze** Papille sich abgeblasst erwies, während sonst in gleichen Fällen die Abblassung auf die temporale Hälfte beschränkt zu sein pflegt. (Immer blieb die äussere Hälfte die mehr betroffene.)

Eine gut gezeichnete Tafel erläutert klar den Trochlearis- und Oculomotoriuskern, wie auch den Befund im Opticus beim Eintritt in die Papille. Die Arbeit sei bestens empfohlen. P. Kronthal.

---

9) **Klinischer Beitrag zur Kenntniss der acuten alkoholischen Augenmuskellähmung**, von J. Boedeker. (Charité-Annalen. XVII. Jahrg. 1892. S. 790.)

An der Hand der bereits in der Litteratur veröffentlichten und zwei selbstbeobachteter Fälle unterwirft Verf. das zuerst von Wernicke aufgestellte Krankheitsbild der „acuten hämorrhagischen Poliencephalitis superior“ einer eingehenden Kritik. Er entwirft zunächst ein allgemeines Symptomenbild derjenigen identischen Fälle, in denen chronischer Alkoholismus als sichere Entstehungsursache anzusehen ist, und scheidet die anderen, deren Aetiologie zweifelhaft ist, und die sich auch sonst noch in gewissen Punkten von den ersteren unterscheiden, aus. Indem Verf. in dem entworfenen Symptomenbild eine, wenigstens in manchen Fällen auffallende, Aehnlichkeit mit dem der multiplen Alkoholneuritis findet, kommt er zur Ansicht, dass das von Wernicke entworfene Krankheitsbild ein zu eng begrenztes ist, dass es sich vielmehr in all diesen Fällen um eine Allgemeinerkrankung handelt, welche bald an diesen, bald an jenen Theilen des Gesammtnervensystems vorwiegend ihren Einfluss übt und dort gewisse anatomische Processe verursacht. L. Jacobsohn.

---

10) **Beitrag zur chronischen progressiven Ophthalmoplegie**, von Dr. W. Barth, Assistenzarzt. (Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten. II. Jahrg. 1890. St. 20.)

Reine Fälle von fasciculären Ophthalmoplegien, d. h. jenen Augenmuskellähmungen, die auf einer Affection der den Hirnschenkel vom Kern bis zum Austritt durchsetzenden Bündel des Oculomotorius beruhen, sind ausser den beiden Fällen von Kahler und Pick und einer Veröffentlichung von Leube nicht zur Section gekommen, während klinisch beobachtete, durch Unterbrechung der intramedullären Oculomotoriusfasern hervorgerufene Oculomotoriuslähmungen zahlreicher sind.

Der mitgetheilte Fall wurde klinisch als nucleare Erkrankung aufgefasst, während die anatomische Untersuchung das Bestehen einer wesentlich fasciculären Oculomotoriuslähmung ergab.

Eine 68jährige, stets gesunde Frau bemerkte seit 3 Jahren eine zunehmende Schwäche der Beine. December 1889 bestand Doppeltsehen, das schwand, um Februar 1890 mit Schwindel wiederzukehren. Ende Februar erwies die Untersuchung: Beim Stehen Schwanken und Neigung hintenüber zu fallen, rechtsseitigen Exophthalmus, rechtsseitige mässige Ptosis, beiderseitige Parese resp. Lähmung der äusseren Oculomotoriusäste mit Eintritt von Nystagmus bei excessiven Bewegungsversuchen; die rechte Pupille war beinahe doppelt so weit als die linke; rechts war die Pupillenreaction auf Licht direct und indirect nur spurweise vorhanden, während links eine träge aber ausgiebige Lichtreaction erfolgte; dagegen waren Convergenz und Accommodationsbewegungen beiderseits nicht erkennbar. Der Augenhintergrund war frei von pathologischen Veränderungen. Die ausgestreckte Zunge wich nach links ab; die grobe motorische Kraft der unteren Extremitäten schien unerheblich herabgesetzt; Ataxie bestand nicht; die Reflexe waren normal. Im April macht sich eine

völlige Apathie bemerkbar; dann wurde die Kranke dement, zeigte links Facialisparese und flächenförmige Suggillationen und Hämorrhagien in der Haut. Sie starb im Juni comatös. Die Section erwies eine Trübung der basalen Pia, in der die Nn. olfactorii, optici, oculomotor., trochleares eingebettet lagen, ferner eine völlige graue Verfärbung des rechten abgeplatteten N. oculomot. und eine partielle des linken. Die mikroskopische Untersuchung erwies in den Nn. oculomotor. neben zahlreichen wohlerhaltenen Fasern massenhaft degenerirte Fasern in allen Stadien der Degeneration ebenso wie viele Körnchenzellen. Auf der Höhe, auf welcher der Westphal'sche Kern zuerst in's Gesicht kommt, zeigen sich beiderseits unterhalb der hinteren Längsbündel kleinere Erweichungsheerde, zwischen denen die Oculomotoriusbündel hier noch intact durchziehen, während dieselben wenige Schnitte tiefer schon stark degenerirt sind; auch fiel hier ein Gefässbündel von eminent verdickter Wandung (namentlich der Adventitia) auf; der Kern zeigte sich fast überall intact; weiter unten führten neue Erweichungsheerde zur Degeneration der Oculomotoriusfasern (siehe Original). Die Kerne des Abducens, Trochlearis, Facialis sowie ihre Fasern zeigten keine erheblichen Veränderungen; die Gefässquerschnitte an der Basis waren überall stark verdickt. — Für die Wernicke-Thomsen'sche Poliencephalitis acuta superior fehlten klinisch in dem beschriebenen Fall: das ätiologische Moment (Alkoholismus), das Freibleiben der interioren Aeste, die Veränderungen am Augenhintergrund, der spastisch-atactische Gang, die Bewusstseinsstörungen u. s. w. Eine Affection der an der Basis cranii verlaufenden Oculomotoriusabschnitte konnte ebenfalls ausgeschlossen werden; für eine nucleare Lähmung ungewöhnlich waren das plötzliche Auftreten und das Beschränktbleiben des Processes auf einzelne von demselben Nerven versorgte Augenmuskeln, während andere wenig oder gar nicht gelähmt waren, z. B. die Recti interni. — Für eine fasciculäre Lähmung sprachen in dem beschriebenen Fall der taumelnde Gang, das Freibleiben einzelner der exterioren Oculomotoriusäste, kurz die Combination von Schwindel mit Ophthalmoplegia exterior, die Starr als entscheidend für fasciculäre Lähmung im Gegensatz zur Kernaffection ansieht. Es waren jedoch nach den bisherigen Erfahrungen beiderseitige partielle Lähmungen der äusseren Oculomotoriusmusculatur mit gleichzeitiger Betheiligung der inneren Aeste als einziges Ausfallssymptom mit einer fasciculären Ophthalmoplegie schwer in Einklang zu bringen. Dass dieser Zusammenhang doch möglich, lehrt der mitgetheilte Fall mit den kleinen Erweichungsheerden, welche die Wurzeln des Oculomotorius durchbrechen und den Kern fast völlig intact liessen. Was die Vertheilung der Wurzelfasern anbetrifft, so würde die Lähmung des Rect. sup. und Obliqu. infer. links einer Unterbrechung eines Theiles der linken äusseren Wurzel entsprechen, während die Lähmung des Levat. palp. sup., des Rectus sup. und Obliqu. inf. neben einer solchen des Rect. infer. und einer Schwäche des Rect. infer. der Unterbrechung von äusseren und eines Theils der median gelegenen Wurselfasern des Oculomotorius entsprechen können. Diese Thatsachen würden den Befunden von Kahler und Pick entsprechen, wo allerdings auch, wie hier, der Oculomotoriusstamm an der Erkrankung mitbetheiligt war. — Auf das Vorhandensein des cerebellaren Schwindels bei der fasciculären Ophthalmoplegie wird noch besonders hingewiesen. S. Kalischer.

---

11) **Sur la diplopie mono-oculaire comme symptom cérébral,** par les Dr. Duret et Dujardin. (Journal des sciences médicales de Lille. 1892. Nr. 2. 8. Janvier.)

Die monoculare Diplopie ist in der Mehrzahl der Fälle das Resultat einer physischen oder dynamischen Störung der brechenden Medien (unregelmässige Irisöffnung, Atropinerweiterung u. s. w.). In anderen Fällen werden nervöse und cerebrale Ursachen angenommen. Die Autoren beschreiben einen Fall von Amblyopie und monocularer Diplopie nach einem Schädeltrauma ohne irgend welche Anomalien am Auge

und beziehen dieselbe auf eine durch Gehirnerschütterung gesetzte leichte corticale Läsion des linken Sehcentrums. Hysterische Symptome und Zeichen einer Neurose fehlten. S. Kalischer.

---

12) Ueber infantilen Kernschwund, von P. J. Möbius. (Münchener medicinische Wochenschrift. 1892. Nr. 2, 3 u. 4.)

Verf. hat sich der verdienstlichen Mühe unterzogen, aus der im Laufe der letzten Jahre stark angewachsenen Litteratur 44 Fälle der verschiedensten Formen von Ophthalmoplegie ext. mit und ohne Lähmung der anderen Hirnnerven besonders des Facialis zusammenzustellen und hauptsächlich solche zu berücksichtigen, die recht klar erscheinen. Es gelang M. nicht, darunter solche Fälle zu finden, in denen nur Facialislähmung oder diese in Verbindung mit einer anderen Hirnnervenlähmung bestand und die Augenmuskellähmung fehlte. Die Form der letzteren bei infantilem Augenmuskelschwund ist in den einzelnen Fällen verschieden, stets bleibt indessen der Sphincter iridis und meist der M. ciliaris verschont. Die vollständigste Form ist die Ophthalmoplegia ext. totalis, bei der alle sechs äusseren Muskeln und der Levator palp. sup. gelähmt sind; wodurch Unbeweglichkeit des Bulbus und Ptosis entsteht; letztere fehlt fast nie, ist aber meist nicht vollständig und wechselt zeitweise in ihrer Stärke. Bei der Lähmung der Drehmuskeln, die complet oder incomplet sein kann, bleibt meistens die Bewegung nach unten erhalten; sie ist stets doppelseitig, aber nicht immer symmetrisch. Doppelseitige Ptosis ist relativ häufig und meist auf beiden Seiten gleich. Die den infantilen Augenmuskelschwund begleitende Facialislähmung ist nur bei der Ophthalmopl. ext. dupl. und bei der doppelseitigen Externuslähmung beschrieben; auch der Schwund der Gesichtsmuskeln ist dabei doppelseitig, aber meist ungleich stark; die elektrische Erregbarkeit der betr. Facialismuskeln ist aufgehoben oder vermindert; Sensibilitätsstörungen kommen niemals vor. Von Bildungsfehlern sieht man zuweilen Astigmatismus, Uvula bifida u. s. w., sonst sind die Kranken kerngesund. Der infantile Augenmuskelschwund kann ante oder post partum auftreten, sehr oft ist er aber angeboren; nach dem 30. Jahre beobachtet man ihn nicht mehr. Stets ist die Entwickelung langsam und schwankt zwischen einigen Monaten und mehreren Jahren; meist werden beide Seiten zugleich befallen; die einmal entstandene Lähmung bleibt aber stets bestehen. Im Kindesalter ist die Diagnose leicht, später kommen differentialdiagnostisch Tumoren (Tuberkel), Syphilis, Lähmungen nach Tabes und nach Infectionskrankheiten in Betracht; verwechslungsfähig sind eigentlich nur die seltenen Fälle tabischer Ophthalmoplegia ext. und doppelseitige Abducenslähmung. Die pathologische Anatomie ist noch sehr dunkel, wahrscheinlich hängen die klinisch so verwandten Bilder der verschiedenen Formen auch anatomisch zusammen. Für die primäre Muskelerkrankung finden sich keine sicheren Beweise; da die doppelseitigen Facialis-, Abducens- und die ext. Oculomotoriuslähmung nur nuclearer Natur sein können, so lässt sich auch für die anderen Formen eine Kernläsion annehmen und somit die Bezeichnung „infantiler Kernschwund“ oder „infantiler Augenmuskelschwund“ einführen. Bei dieser Annahme dürfte es sich um Atrophie der nervösen Theile handeln, bei der in den meisten Fällen zuerst die Ganglienzellen und dann die Nervenfasern erkranken. In Bezug auf die Aetiologie spielt die Vererbung eine grosse Rolle, indem die zu vermuthende Schädlichkeit oder das betreffende Gift schon die Erzeuger traf; directe Vererbung bildet die Ausnahme; vielleicht spielt Alkoholismus der Voreltern eine grössere Rolle, als man bisher annahm und sollte man darauf in der Anamnese mehr achten. E. Asch (Frankfurt a./M.).

---

13) Ueber einen Fall von traumatischer totaler Ophthalmoplegia ext. und int. und den Einfluss reflectorisch centraler Impulse auf die Heilung, von Dr. Pfalz in Düsseldorf. (Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde. 1892. Februar.)

Einem Schlosser war bei unvorsichtigem Bücken die Spitze einer Feile in der Nähe des inneren Lidwinkels durch das untere Lid hindurch in die rechte Augenhöhle gedrungen. Am folgenden Tage war die Wunde bereits verklebt und es ergab sich bei der Untersuchung, dass das Auge in Mittelstellung und völlig unbeweglich stand; die Pupille war maximal weit und reactionslos; das obere Lid hing schlaff herab, das Auge völlig bedeckend. Nach 8 Tagen konnte die Verletzung als geheilt betrachtet werden bis auf ihre Folge, die Lähmung sämmtlicher motorischer Nerven, welche sich auch binnen 14 Tagen durch elektrische Behandlung und Strychnininjectionen in keiner Weise veränderte. Um die Frage zu entscheiden, in wie weit den Kranken die Unbeweglichkeit seines rechten Auges bei künstlich offen gehaltener Lidspalte durch Doppelbilder geniren würde, fixirt Verf. den freien Lidrand gegen den Stirnmuskel durch Heftpflasterstreifen, deren Länge so gewählt wurde, dass durch sie das Lid in halber Höhe gehalten wurde. Schon am nächsten Tage war die Pupille verengert und deutliche Reaction vorhanden, der Bulbus zeigte zuckende, willkürliche Bewegungen, der Pat. wurde durch Doppelbilder gar nicht genirt; nach wenigen Tagen blieb das Lid von selbst in der gehobenen Stellung und stand nur wenig tiefer, als auf der gesunden Seite. Nach 8 Tagen nahm Pat. seine Arbeit wieder auf, die Besserung schritt täglich fort und bei der Entlassung aus der Beobachtung war von der Verletzung nichts zurückgeblieben, als eine feine Narbe am unteren Lide. Die bemerkenswertheste Erscheinung der ganzen Krankengeschichte ist die Coincidenz von künstlich erzwungenem Sehen des verletzten Auges mit dem Wiedererwachen der Energie im gelähmten motorischen Apparate. Durch diesen Fall erhält die Anschauung Erb's eine neue Stütze, wonach es als wahrscheinlich anzusehen ist, dass die Heilung peripherer Lähmungen mehr auf reflectorischem Wege, durch Reizung sensibler Nerven durch den Strom, Massage, Bäder zu Stande komme, als durch die direct die gelähmten Nerven erregenden Eigenschaften der Elektricität. Solange im vorliegenden Falle die Lichtstrahlen durch die Ptosis vom Auge abgehalten waren, änderte sich im Bilde der allgemeinen Lähmung nichts, sobald aber das Licht einen Tag lang das Auge traf, erwies sich sein Einfluss stärker, als Elektricität und Wille und überwand vom Centrum aus die Leitungswiderstände in den motorischen Nerven so rasch, dass schon nach 24 Stunden auch der Einfluss des Willens auf die Bulbomotoren nachgewiesen werden konnte, ja die Lähmung von Sphincter pup. und Levator palp. schon nach 48 Stunden zum grössten Theil geheilt war. Lewald (Liebenburg).

---

14) Cyste hydatique du cerveau. Paralysie alterne (oculo-moteurs commun et pathétique paralysés à droite; hémianesthésie et hémiparésie à gauche). Hémiparésie plus faible à droite. Névrite optique double, par Ducamp. (Progrès médical. 1891. Nr. 37.)

17jähriges Mädchen erkrankt mit Kopfweh und Obstipation, wird nach Verlauf eines Monates bettlägerig unter leichten Fieberbewegungen und häufigem Erbrechen.

Allmählich entwickelt sich bei grosser Apathie eine Parese der linksseitigen Extremitäten, mit linksseitiger Hemianästhesie, aber ohne Betheiligung des Gesichtes; rechts besteht in Arm und Bein eine unbedeutende Schwäche. Die Sehschärfe ist etwas herabgesetzt. — Am rechten Auge entsteht zunächst leichte Ptosis und Doppeltsehen in Folge Lähmung des Rectus internus; die rechte Pupille ist erweitert, bei noch erhaltener Lichtreaction. Nach Verlauf von drei Monaten wird doppelseitige Stauungspapille constatirt. — Die Muskellähmung schreitet fort und betrifft schliesslich

alle vom rechten Oculomotorius und vom Trochlearis versorgten Muskeln; nach kaum viermonatlicher Krankheitsdauer stirbt die Kranke, ohne dass Convulsionen oder dergl. aufgetreten sind, im Coma.

An den inneren Organen, im Urin u. s. w. war nichts Abnormes constatirt worden.

Bei der Autopsie, die sich auf die Schädelhöhle beschränkt, findet sich, bei intacten Meningen, in der hinteren Partie des rechten Schläfenlappens und den vorderen Partien des rechten Hinterhauptlappens, zwischen den verdrängten Windungen hervorragend, ein mit klarer Flüssigkeit gefüllter Sack, der keinen Zusammenhang mit dem Ventrikel hat, weder die innere Kapsel noch die grossen Ganglien in Mitleidenschaft gezogen hat, und sich glatt aus der weissen Substanz herausschälen lässt.

Die aus dem Sack entleerte Flüssigkeitsmenge beträgt 250 g bei einem specifischen Gewicht von 1006 und enthält, ausser etwas Chlornatrium, keine anderweitigen chemischen, auch keine corpusculären Bestandtheile, namentlich keine Häkchen.

Die Wandung der Cyste besteht, wie die mikroskopische Untersuchung lehrt, aus geschichteten Lamellen ohne zellige Elemente; nur an zwei Punkten sitzen der Innenfläche kleine Anhäufungen körniger Elemente auf.

Bemerkenswerth an diesem Falle ist einmal das immerhin seltene Vorkommen eines Echinococcen-Sackes im Gehirne überhaupt, dann aber namentlich die Beobachtung, dass der Symptomencomplex der Hirnschenkelläsion durch eine den Hirnschenkel gar nicht direct comprimirende Neubildung, die in der weissen Substanz der einen Hemisphäre gelegen ist, hervorgerufen werden kann. A. Hoche (Strassburg).

---

15) **Ein Fall von Hemiplegia alternans superior**, von A. Goldscheider. (Charité-Annalen. 1892. XVII. Jahrg. S. 171.)

Der Fall betrifft eine 70jährige Patientin, welche plötzlich von einer rechtsseitigen Oculomotoriuslähmung befallen wird, auf welche 9 Tage darauf eine linksseitige Parese des Arms und Beins mit Steigerung des Tonus und der Sehnenreflexe an den befallenen Extremitäten folgt. Die Section ergab eine Haemorrhagia intermeningea praecipue baseos und ferner einen kaum erbsengrossen Hämatom des Oculomotorius an dessen Austrittsstelle aus dem Hirnschenkel. Pons, Medulla oblongata, Rückenmark erwiesen sich vollständig normal, so dass das frühe Auftreten der Hypertonie und Reflexsteigerung dadurch keine Erklärung finden. L. Jacobsohn.

---

16) **Unilateral ophthalmoplegia, probably dependent upon thrombosis of the cavernous sinus with associated basic meningitis**, by Ch. K. Mills, M.D. (The Philadelphia Hospital Report. 1890. Vol. I.)

Eine 55jährige Frau litt an linksseitigen Gesichts- und Augenschmerzen und zeigte December 1890: Benommenheit, völlige Bewegungslosigkeit des linken Auges, das etwas hervorgetrieben schien, complete linksseitige Ptosis, linksseitige Pupillenerweiterung ohne Reaction auf Licht und Accommodation. Der ophthalmoskopische Befund ergab nichts Abnormes. Links Herabsetzung des Gehörs (seit einigen Wochen) und Röthung mit Druckempfindlichkeit hinter dem Ohre und am Proc. mastoid. Das Trommelfell war intact. Es zeigten sich ferner: Anästhesie für Schmerz, Berührung. Temperatur an der linken Kopf- und Gesichtshälfte vom Scheitel bis zur oberen Lippe, die Conjunctiva, Zunge, Gaumen, Wangenschleimhaut waren links anästhetisch. Druckempfindliche Stellen fanden sich ausser am Ohr und Proc. mastoid. noch an der linken Seite des Kopfes und Gesichts (Stirn). Einige Zahnwurzeln an der linken Seite waren sowohl spontan wie auf Druck sehr schmerzhaft. Gelegentlich trat eine

unerhebliche Temperatursteigerung ein. In kurzer Zeit trat Schmerz über dem rechten Auge hinzu und geringe Ptosis, bei freier Beweglichkeit des Bulbus; dazu kam linksseitige fortschreitende Erblindung. Die Behandlung bestand erst in Geben von Natr. salicyl., dann Jodkali und Inunctionscuren mit Quecksilbersalbe. Ueber vorangegangene syphilitische Erscheinungen konnte nichts ermittelt werden. Darnach besserte sich der Zustand in wenigen Tagen bis Wochen wesentlich. Die Schmerzen schwanden bald, dann die Anästhesie (bis auf eine kleine Zone über dem Auge), und ca. 6 Wochen nach ihrer Aufnahme bestanden noch links Ptosis, Unbeweglichkeit des linken Auges, Erweiterung und Reactionslosigkeit der linken Pupille. Später schwanden auch diese Erscheinungen und es blieben nur zurück linksseitige Amaurose und Anästhesie an Stirn, oberem Augenlid und Conjunctiva (links). Bei der Differentialdiagnose kamen in Frage Neuritis, Läsion in der Orbita, basale Meningitis, Aneurysma oder Tumor an der Basis, nucleäre Ophthalmoplegie und endlich entzündliche Thrombose des Sinus cavernosus mit dem Ausgangspunkte vom Ohr oder von den cariösen Zahnwurzeln, die entfernt wurden. Für die letztgenannte Diagnose entschied sich M. mit dem Hinweis auf einen ähnlichen Fall Couplands (Trans. Ophthalmol. Society of the United Kingdom. 1886—1887. Vol. V), in welchem eine ähnliche Symptomengruppe (Ptosis und complete Ophthalmoplegia externa links, darauf starker Supraorbitalschmerz gefolgt von rechtsseitiger Ptosis mit rechtsseitiger Ophthalmoplegia extern. et intern. bei negativem ophthalmoskopischen Befund) bei der Section durch eine beiderseitige Thrombose der Sinus cavernos. erklärt wurde. Eine gleichzeitige Basalmeningitis sah C. als secundäre von der Phlebitis ausgehende an.

S. Kalischer.

---

17) Ueber die Combination hysterischer und organisch bedingter Störungen in den Functionen des Auges, von Prof. Arnold Pick. (Wiener klin. Wochenschr. 1892. Nr. 31 u. 32.)

Fall 1. Emilie Z., 24 Jahr, wird am 26. November 1891 auf die psychiatrische Klinik aufgenommen, da sie unruhig ist und an Anfällen leidet. Bis auf die Augenaffection war die Kranke in ihrer Jugend völlig gesund; nach der normal erfolgten Geburt bemerkte die Mutter ein Herabhängen der oberen Augenlider, die Bulbi sollen gut beweglich gewesen sein; im 11. Lebensmonate begann das Kind zu laufen und zu sprechen; die Augen bewegten sich um diese Zeit fortwährend hin und her; bei passiver Oeffnung der Augenlider waren die Corneae nach vorn gerichtet; die Kranke selbst giebt präcis an, dass die Bewegungen der Bulbi nach oben gehemmt waren und dass schon damals eine beträchtliche Sehschwäche constatirt wurde. Im Jahre 1888 begann sie an heftigem Scheitelkopfschmerz zu leiden, das Sehvermögen nahm stark ab. Patientin wurde zweimal in einer Augenklinik behandelt. Bei ihrem zweiten Aufenthalte traten Krampfanfälle auf, weshalb sie auf eine interne Klinik verlegt wurde. Daselbst constatirte man: hysterische Anfälle und Anästhesien. Ptosis, Nystagmus. Amaurose links. Hochgradige Sehschwäche rechts. Die Untersuchung am 26. Novbr. 1891 ergab: Faciales wirken symmetrisch. Beim Aufsetzen der Pat. erscheint der Kopf stark nach hinten gebeugt. Bei der Aufforderung ihn nach vorn zu beugen macht Pat. allerlei Mitbewegungen und der Kopf wird immer mehr nach hinten gezogen. Auch die seitlichen Bewegungen des Kopfes erfolgen nicht, sondern es treten leichte Drehbewegungen um eine verticale Axe auf. Beim Versuche den Kopf passiv nach vorn zu beugen, stösst man auf Widerstand, wobei Pat. über Schmerzen im Scheitel und in den Augen klagt. Bei der Aufforderung die Arme in gestreckter Stellung zu erheben, kommt es zu zahlreichen Mitbewegungen in anderen Muskelgruppen; dabei erfolgen die Bewegungen ruckweise; die Finger erscheinen gebeugt, volle Streckung ist nicht möglich. Die unteren Extremitäten sind gestreckt, ihre activen Bewegungen zwar ausgiebig aber ungeschickt. Fast die

ganze linke Seite unempfindlich, doch auch auf der rechten anästhetische Stellen. Störungen von Seite des Geschmack- und des Geruchsinnes.

Im Verlaufe der nächsten Wochen wiederholte hysterische Anfälle — Hallucinationen. Ein am 21. December angelegter Magnet bewirkt Aenderung der Sensibilität. Die Motilität der Augen bessert sich: „das obere Augenlid kann beiderseits jetzt activ gehoben werden, ohne dass forcirte Actionen in der Stirn- und Gesichtsmuskulatur zu constatiren sind. Die Lidspalte klafft auf 6—8 mm. Auffallend nur ist, dass analog der Neigung des ganzen Körpers nach links beide Augen in der Richtung nach links und unten gestellt sind. Pat. ist im Stande beide Augen willkürlich zu bewegen, und zwar am besten trifft sie noch die seitlichen Bewegungen nach rechts und links, während der Blick nach auf- und abwärts schwer durchgeführt wird, und Convergenz auf die eigene vorgehaltene Hand nicht durchgeführt werden kann. Nystagmus vorhanden. Pupillen zeigen Lichtreaction. Prof. Schnabel spricht sich dahin aus, dass der Befund am Sehnerven nicht eine Blindheit bedingt und nicht gegen die Diagnose Hysterie spricht; jedoch ist die Farbe derselben eine gewiss nicht normale, kann aber eine angeborene Bildungsanomalie sein. Keine Lichtempfindung. Wiederholte Application des Magneten brachte allmählich Besserung der Sensibilitätsstörungen. Am 31. Januar zählt Pat. Finger auf fast 4 m; in der Nähe wird die letzte Zeile der Snellen-Tafel gelesen. Die Untersuchung am 6. Februar ergiebt, dass die Lidspalte ziemlich weit geöffnet werden kann. Die Bulbi werden nach aussen, oben und unten bewegt, die Convergenz erfolgt prompt. Die Krampfanfälle blieben aus, die Pat. begann im Hause zu arbeiten. Die Mutter giebt an, dass das Sehvermögen vor der vor 3 Jahren eingetretenen Verschlechterung durchaus dem jetzt vorhandenen Zustand entsprach. Epikritisch äussert sich P.: „Zu einer als congenital zu bezeichnenden Amblyopie und Bewegungsstörung der Augen, auf deren Pathogenese näher einzugehen mir nicht zusteht, die aber meines Erachtens vielleicht mit dem abnormen Schädelbau in Beziehung zu setzen wäre, entwickelt sich angeblich allmählich, einerseits eine Amaurose, andererseits eine Ophthalmoplegia hysterischen Charakters. Der Nachweis, dass es sich in beiden Erscheinungen um solche hysterischen Charakters handelt, stützt sich auf folgende Erwägungen: Beide treten gleichzeitig oder im Anschluss an hysteroepileptische Anfälle und unter anderen hysterischen Symptomen auf; die Ophthalmoplegie trägt jene Charaktere, wie sie neuerlich von den hysterischen beschrieben werden; beide endlich gehen unter dem Einflusse der Suggestion bis zu jenem Grade zurück, der als der Ausgangspunkt der Erscheinungen anamnestisch feststeht."

Der zweite von P. mitgetheilte Fall betrifft eine 35jährige Pat. Anna S., die wegen psychischer Störung und Unruhe auf die Klinik gebracht wurde. Dieselbe hatte im December 1890 während der Reconvalescenz von einer Gebärmutterentzündung einen Schlaganfall erlitten. Es zeigte sich Lähmung aller Extremitäten besonders rechts, die Sprache war behindert. Diese Symptome besserten sich in der nächsten Zeit, doch machte sich eine auffallende Verschlechterung des Sehens geltend, die allmählich in fast völlige Blindheit überging. Dr. Bayer, Oculist in Reichenberg, constatirte am 20. April 1891: Bulbusbewegung frei. Gesichtsfeld verengt. Fundus normal. Visus R. $^4/_{60}$, L. $< {}^4/_{60}$. Dr. B. versuchte Suggestionstherapie, durch die sich die Sehschärfe thatsächlich binnen wenigen Tagen auf $^1/_{36}$ hob.

Bei der Untersuchung auf der Klinik erwies sich die Kranke als dement. Stirnfalten links weniger ausgeprägt. Leichter Zungentremor. Bulbusbewegung nach aussen gut, nach oben und unten sehr eingeschränkt, die Convergenz unvollkommen. Pupillarreaction prompt. Hyperästhesie für Geschmacks-, Geruchs- und Gehörsempfindungen. Sensibilität normal. Kraft des linken Armes herabgesetzt. Das linke Bein wird nachgeschleift.

Pat. verfiel immer mehr, die Lähmungserscheinungen an der linken Seite traten immer stärker in den Vordergrund. Die Facialisparese wird immer deutlicher. Augen-

hintergrund normal. 20. November: Exitus lethalis (Lungenödem). Die Necropsie zeigte mehrere Hirnarterien thrombosirt. Den Arterienverstopfungen entsprechend im Bereiche der beiden Grosshirnhemisphären von aussen zu sehen und zu tasten: Encephalomalacie in ganz symmetrischer Weise betreffend den Cuneus, die angrenzende Partie des Präcuneus, die Umbiegungsstelle vom Gyrus fornicatus zum Gyr. uncin. und die beiden Gyri occipito-temporales inf. Ausserdem Encephalomalacie im Kleinhirn. Die Encephalomalacie betraf im Bereiche der Lobi occip. und tempor. nur die Rinde und die angrenzende Markmasse. Weiter zeigen sich an Horizontalschnitten mehrere bis bohnengrosse, theils frische, theils ältere Erweichungsheerde in den Thalam. optic. und dem vordersten Theile der vorderen Vierhügel.

Interessant erscheint der Erfolg mit der Suggestionstherapie; wahrscheinlich hing die Sehstörung damals schon von den Erweichungen in den Hinterhauptslappen ab; sie wurde aber autosuggestiv vermuthlich gesteigert und suggestiv bis zu einem gewissen Grade gebessert. v. Frankl-Hochwart.

---

18) Statistisch-casuistischer Beitrag zur Lehre von den Abducenslähmungen, von Paul Bloch aus Ratibor, prakt. Arzt in Berlin. Inaug.-Dissert. Berlin 1891.

Die Beobachtungen entstammen der Hirschberg'schen Klinik, wo in 20 Jahren unter ca. 116,000 Patienten 1500 Augenmuskellähmungen mit 438 Abducensparesen in Behandlung waren. Das Alter von 20—50 Jahren war das am meisten betroffene. 31 Fälle waren angeboren, davon 3 auf eine Zangenapplication zurückführbar. Die übrigen werden mit Rücksicht auf die Localisation des Processes, die Complicationen und die therapeutischen (operativen) Erfolge besprochen.

Von den 406 erworbenen Lähmungen waren 42 doppelseitig und zwar 7 postdiphtherisch, die meisten anderen tabisch oder luetisch.

Dem Sitz der Läsion nach waren 3 Fälle orbitale Erkrankungen, 17 basal wegen Mitbetheiligung anderer Hirnnerven oder meningitischer oder anderer Basissymptome; 3 Fälle boten das Bild einer pontilen Erkrankung (Hemiplegia cruciata).

Es folgt eine stattliche Reihe von Fällen nuclearer Erkrankung, welche im Zusammenhang mit dem Grundleiden, als dessen Symptom sie in die Erscheinung traten, oder geordnet nach ätiologischen Momenten besprochen werden.

Bei 11 Fällen war die Entscheidung zwischen Basal- oder Nuclearlähmung auch zu treffen. Bei anderen Fällen konnte nur der intercranielle Sitz der Erkrankung mit Bestimmtheit ausgesprochen werden, während eine genauere Localisation unmöglich war. Mehrmals wurde ein Zusammenhang der Lähmung mit Malaria, Pneumonie, Typhus, Carcinoma mammae et ventriculi etc. constatirt.

Eingehender werden die Beziehungen der Lues, der Tabes oder eines vorangegangenen Traumas zu den beobachteten Abducensparesen besprochen, endlich wird über die Art der Therapie und deren Erfolge berichtet. Es muss bei diesem Hinweis auf den Inhalt der Arbeit sein Bewenden haben und bezüglich der Einzelheiten des Einzelfalles auf das Original verwiesen werden.

Martin Brasch (Marburg).

---

19) Ueber Nystagmus bei Ohraffectionen, von Dr. Michael Cohn. (Berliner klin. Wochenschr. 1891. Nr. 43 u. 44.)

C. ist in der Lage zu den bisher nur selten beobachteten Fällen von Nystagmus bei Ohraffectionen einige neue hinzuzufügen.

Fall I. Eine nervöse Frau von 46 Jahren, die an chronischem Mittelohrcatarrh des rechten Ohres und an Otitis med. purul. chron. sin. cum. perforat. litt, bekam in dem Moment, da sie das linke Ohr zuhielt, ganz plötzlich einen Schwindelanfall,

gleichzeitig trat ein ausserordentlich hochgradiger horizontaler Nystagmus beider Augen auf. Derselbe Anfall trat regelmässig von neuem auf, wenn mit dem Finger auf den linken Tragus ein mässig starker Druck ausgeübt wurde. Beim Ausspritzen des Ohres und auch, wenn der Politzer'sche Ballon, luftdicht auf den Gehörgang aufgesetzt, comprimirt wurde, stellte sich der Nystagmus ein. Nachdem Verf. dargethan, dass es sich hier nicht um einen rein hysterischen Vorgang handle, führt er aus, dass es zwei verschiedene Vorgänge sind, welche bei einem Erklärungsversuch in Frage kommen können. Entweder handelt es sich um den Effect einer durch das Ohr fortgeleiteten directen Hirnreizung oder um einen vom Ohr ausgehenden Reflexact, und zwar könnte dieser Reflex sowohl durch Reizung der sensiblen Aeste der Paukenhöhle als der des Labyrinths ausgelöst sein.

Fall II. Bei einer 41jährigen Arbeiterfrau, die ebenfalls an Otit. med. purul. dext. c. perforat. litt, entstand, sobald lauwarme Flüssigkeit in's rechte Ohr eingespritzt wurde, neben Schwindel ein auf beiden Augen symmetrischer, meist horizontaler, einige Male auch deutlich rotatorischer Nystagmus, der sich mit allmählicher, gleichmässiger Erweiterung der Pupillen verband.

Fall III. Ein 34jähriger Arbeiter litt an chronischer eitriger Mittelohrentzündung des rechten Ohres mit Perforation. Nachdem ein Granulationstumor entfernt worden, wurde dem Pat. kaltes Wasser in das Ohr gespritzt. Dabei entstand Schwindel und ein Nystagmus rotatorius, der ungefähr eine Minute anhielt.

Fall IV. Schüler, 14 Jahr, litt an doppelseitiger chronischer eitriger Mittelohreiterung. Wurde in das rechte oder linke Ohr kaltes Wasser eingespritzt, so entstand auf beiden Augen Nystagmus rotatorius und zugleich Schwindelgefühl mit Ohnmachtsanwandlung.

C. fasst seine Erfahrungen über den Nystagmus zum Schluss des interessanten Aufsatzes in folgenden Sätzen zusammen.

1. Der Nystagmus kommt zuweilen im Verlauf von eitrigen, mit Perforation des Trommelfells einhergehenden, meist chronisch verlaufenden Mittelohrentzündungen zur Beobachtung.

2. Er tritt dann in der Regel in Form von kurzdauernden, mit starkem Schwindelgefühl vergesellschafteten Anfällen auf.

3. Diese Anfälle erscheinen seltener spontan; in der Mehrzahl der Fälle lassen sie sich nur durch gewisse, die tieferen Theile des Ohres treffende Reize, gewöhnlich mechanischer Art auslösen.

4. Der Nystagmus ist stets ein bilateraler, meist ein horizontaler, selten ein rotatorischer. Dr. Bielschowsky (Breslau).

---

20) **Le nystagmus des mineurs dans le nord de la France**, par Dransart. (Congrès d'ophthalmologie. Bullet. médic. 1891. 17. Mai.)

M. Dransart (Somain) stellt eine leichte und schwere Form auf. Der Nystagmus tritt nur bei Erhebung des Blickes gerade oder schräg aufwärts ein. Die leichte Form führt zu keiner Functionsstörung und verschwindet bald bei der Ruhe von der Arbeit. Die schwere Form geht mit folgenden Symptomen einher: Accommodationsparese, Empfindung als tanzten alle Gegenstände, Kopfschmerzen, Schwindel, Doppelsehen, Gangstörungen, Hemeralopie, Photopsien, Thränenträufeln. Die leichte Form der Krankheit kommt in den Gruben bei 5—30 % der Arbeiter vor, die schwere Form bei 1,5 %. D. sah 400 Fälle davon.

Die Art der Lampen und die Dimensionen des Arbeitsortes sind von Einfluss auf die Entstehung des Leidens, welches der Verf. als eine Neuromyopathie ansieht. Dieselbe entsteht durch die angestrengte und lang dauernde Erhebung des Blickes nach oben bei ungenügender Beleuchtung, die Accommodationsparese ist erst eine

Folge des Nystagmus, nicht eine seiner Ursachen. Die Prognose ist gut. Therapeutisch empfiehlt D. die Verbesserung der Beleuchtung und örtlichen Einrichtungen in den Bergwerken, Strychnin, Elektricität, Suspension, kalte Douchen.

Martin Brasch (Marburg).

---

21) **Blepharospasmus nach Basisfractur,** von Dr. Leopold Müller. Aus der Universitäts-Augenklinik des Herrn Prof. Fuchs. (Wiener klin. Wochenschrift. 1892. Nr. 19.)

Der 66jährige M. W. stürzte am 25. Juli 1891 von einem vier Klafter hohen Heuboden, fiel auf die rechte Kopfseite, wobei er sich mehrere Zähne dieser Seite ausbrach. Er war nachher mehrere Stunden bewusstlos, gleichzeitig floss Blut aus beiden Ohren und der Nase. Am nächsten Tage wurde er in ein Spital gebracht, wo er 3 Monate blieb und wo namentlich die grosse Schwäche der unteren Extremitäten ihm Beschwerden verursachte. Diese Paresen traten allmählich in den Hintergrund, hingegen suchte Pat. auf der Augenklinik Hülfe wegen eines nach der Verletzung aufgetretenen Augenübels.

Status praesens: Stirnfalten links verstrichen. Unvermögen, die Stirne zu falten, das linke Auge zu schliessen, der linke Mundwinkel kann nicht bewegt werden. Rechterseits ist das Auge krampfhaft geschlossen. In jenen Augenblicken, in welchen der Krampf nachlässt, wird das Auge nicht geöffnet, sondern nur die Falten werden weniger tief, sowohl in der Haut der Lider, als in der Umgebung derselben. Es gelingt auch passiv nicht, die Lider so weit aus einander zu bringen, dass man den Bulbus zur Ansicht bekommen könnte. Rechtes Ohr normal, links Labyrintherkrankung (vermuthlich Folge einer im 18. Jahre erlittenen Verletzung.

Im Facialisgebiet Entartungsreaction. Merkwürdiger Weise cessirt der Krampf der rechten Seite, wenn man dem Pat. das linke Auge verbindet.

Mit Bestimmtheit nimmt M. eine Basisfractur an, aus der heraus sich die Lähmung leicht erklären lässt — nicht aber der unter diesen Verhältnissen noch nicht beobachtete Spasmus der anderen Seite.

M. nimmt an, dass der Blepharospasmus ein doppelseitiger ist, der auf der linken Seite darum nicht zum Ausdruck kommt, weil der Facialis dieser Seite gelähmt ist. Der Blepharospasmus ist wahrscheinlich der Erfolg eines Reflexvorganges, der seinen Ausgang von der linken Gesichtsseite nimmt (in Berücksichtigung dessen, dass der Krampf aufhört, wenn das linke Auge verbunden wird).

v. Frankl-Hochwart.

---

22) **Zur Casuistik der multiplen Hirnnervenlähmung durch Geschwulstbildung an der Schädelbasis,** von Dr. M. Dinkler, I. Assistent und Privatdocent. Aus der Erb'schen Klinik in Heidelberg. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1891. I. 5 u. 6.)

53jähriger Gastwirth, in dessen Familie in der Ascendenz kein ähnliches Leiden beobachtet wurde, bekam im September 1888 nach einer Erkältung heftige Kopfschmerzen, besonders an der linken Hälfte des Hinterkopfs, Doppelsehen, im October eine Parese des M. rectus int. und sup. dexter. Kein Erbrechen, kein Schwindel, Auge sonst normal. Januar 1889 heftiger Druck über dem rechten Auge und stechende Schmerzen im Innern desselben; in Folge von geringen Jodkalimengen heftige Erscheinungen von Jodismus.

Status: Innere Organe normal. Die meisten Gehirnnerven, besonders Hypoglossus, Glossopharyngeus, Acusticus, Olfactorius normal; von Seiten des rechten Oculomotorius Parese des Zweiges für den Rectus int. und in geringerem Grad des für

den Rectus sup.; Pupillen gleich weit, reagiren normal. Sensibilität, Motilität und Reflexe normal.

Im weiteren Verlauf Conjunctivitis dextra, Conjunctiva des rechten Auges auf Berührung ziemlich unempfindlich, Schwindel und Ohrensausen, letzteres besonders rechts stets bald nach dem Aufstehen, Sensationen in der rechten Nasenhöhle, Schmerzen und Papillitis am rechten Auge, Schmerzen im rechten Ohr, geringer Exophthalmus rechts, Steifheit und Schmerzen im Nacken sowie in der rechten Schläfe, Verlust des Geschmacks, mimische Bewegungen der rechten Gesichtshälfte weniger ausdrucksvoll als links, Parese des rechten Facialisgebiets in allen drei Aesten, besonders aber im Mentalast, Schmerzen in der rechten Zungenhälfte, Schmerz- und Temperatursinn im rechten Quintusgebiet herabgesetzt, Parese des M. obliq. inf. und Paralyse des M. rectus ext. dexter, rechte Pupille etwas weiter als die linke, Sensibilität des rechten Bulbus stark vermindert und Fehlen des Cornealreflexes, mechanische Erregbarkeit im rechten Facialisgebiet etwas erhöht, Unterkieferreflex rechts fehlend. Später Zurückgehen der Facialisparese, partielle EaR im ganzen rechten Facialisgebiet, am rechten Auge Neuritis N. optici, keine Stauungspapille. Fürchterliche Kopfschmerzen, fibrilläre Zuckungen im rechten Facialisgebiet, Schmerzen im linken Supra- und Infraorbitalgebiet, Otitis media purulenta sin., Psyche erregt, Zungenspitze weicht nach rechts ab, rechte Pupille reagirt reflectorisch undeutlich, beinahe vollständige Paralyse der Kaumuskeln, Exitus. Bei der Autopsie fand sich in der Gegend der Hypophysis ein Tumor des Keilbeins, der an keiner Stelle in die Gehirnsubstanz übergeht, ferner Hydrocephalus int. und ext. Der primäre Sitz der Geschwulst war wahrscheinlich der rechte Sinus cavernosus oder die rechte Keilbeinhälfte; sie ging nach den Seiten zu unmerklich in die Sinus cavernosi über; der rechte grosse Keilbeinflügel und der Keilbeinkörper mit den Sinus sphenoid. sind durch den Tumor zerstört und die Oeffnungen an der Innen- und Aussenseite der Schädelbasis im Bereiche der rechten mittleren Schädelgrube durch die Wucherungen verloren gegangen; das Gangl. Gasseri mit seinen drei Aesten ist ganz von der Geschwulst durchwachsen, Facialis und Acusticus umwachsen, aber noch frei zu präpariren, ersterer durch den Druck gegen den Canal. Fallopiae eingeschnürt und verdünnt. Nach vorn erstreckt sich die Masse bis zum Foramen opticum, das sie verengt und dadurch Atrophie des rechten N. opticus veranlasste. Bei der anatomischen Untersuchung ergab sich ein kleinzelliges Rundzellensarcom; der rechte 2.—12. Gehirnnerv, sowie der linke Trigeminus waren mehr oder minder hochgradig afficirt und degenerirt. Die anfangs bei der Vorwölbung des Bulbus, der Neuralgie und Anästhesie im ersten Ast des rechten Trigeminus mehr zu der Annahme eines retrobulbären Tumors hinneigende Diagnose wurde später durch die Störungen im rechten Facialis, im zweiten und dritten Ast des rechten und in allen Aesten des linken Trigeminus unhaltbar. Die ganze Entwickelung und der Verlauf lassen sich sehr wohl erklären, wenn der rechte Sinus cavernosus, wo der erste Ast des Trigeminus und der Oculomotorius bei einander liegen, zuerst ergriffen wurde; von da aus nach links und rechts sich verbreitend konnten die verschiedenen Symptome auftreten. Da Tuberculose und Syphilis höchst wahrscheinlich auszuschliessen sind, so blieb nur die Annahme einer bösartigen Neubildung übrig. Carcinome kommen intracraniell nur höchst selten primär vor, sodass man sich für Sarcom entscheiden konnte. Gegen den Ausgang von der Hypophysis sprechen das Fehlen einer Läsion des Chiasma sowie von cerebralen Heerd- und Allgemeinsymptomen; wahrscheinlich entstand der Tumor etwas nach rechts von der Medianlinie oder wuchs nach dieser Seite zu sehr rasch. Verf. glaubt, dass das Verhalten der Trigemini, der Nn. optici und die Reihenfolge, in der die einzelnen Symptome auftreten, in diagnostischer Beziehung sehr wichtig sind.

E. Asch (Frankfurt a/M.).

23) Mehrfache halbseitige Hirnnervenlähmung durch Krebs der Schädelbasis, von Dr. Maximilian Sternberg, Secundärarzt I. Cl. am allgemeinen Krankenhaus in Wien. (Zeitschr. f. klin. Medicin. XIX. 5 u. 6.)

Es handelte sich um eine 57jährige, früher stets gesunde Wittwe, die seit einem Jahr über Magenbeschwerden und seit 2 Monaten über Kopfschmerzen in der Stirn und rechten Hälfte des Hinterkopfes klagte. Seit 6 Wochen Gehör auf dem rechten Ohr vermindert und Doppeltsehen beim Blick nach rechts; seit 14 Tagen Sprache verändert und Schluckbeschwerden.

Status: Kopf etwas nach rechts geneigt, rechts die Stirnfalten etwas weniger ausgesprochen als die linksseitigen, der rechte Mundwinkel hängt etwas herab, das Falten der Stirn und der Augenschluss geschieht rechts etwas weniger als links; bei willkürlichen und mimischen Bewegungen im unteren Facialisgebiet Lähmung. Pupillen gleich weit, beim Blick nach rechts Stehenbleiben des rechten Bulbus in der Mitte; gleichnamige Doppelbilder, Conjunctivalreflex fehlt auf beiden Seiten, Cornealreflex vorhanden. Geruch beiderseits gut. Sensibilität an der rechten Stirnhälfte herabgesetzt, Gesichtshaut etwas hyperalgetisch. Rechter Masseter contrahirt sich fast gar nicht, der linke kräftig. Schädel rechts, besonders über dem Proc. mastoideus druckempfindlich, rasche Kopfbewegungen und plötzlicher Druck auf den Schädel sehr schmerzhaft; Flüstersprache rechts = 0,5 m, links = 2,5 m. Zunge weicht nach rechts ab, rechte Zungenhälfte um $^1/_3$ schmäler und fast $^1/_2$ so dick als die linke, Oberfläche rechts faltig, links glatt. Uvula gerade, das gehobene rechte Gaumensegel bewegt sich weniger rasch als das linke in seine frühere Lage zurück, Geschmacksempfindung auf der hinteren Zungenhälfte rechts vermindert, Sprache schwerfällig, besonders der Zungen- und Lippenlaute. Bei der Untersuchung per vaginam und rectum findet sich ein hartes Uteruscarcinom mit vielen Infiltrationen und Zerstörungen. Diagnose: Carcinoma uteri mit Metastasen an und in der Schädelbasis mit Compression der rechtsseitigen Hirnnerven. Elektrische Untersuchung: Im Facialis keine EaR; die rechtsseitige Contraction ist schwächer als links; Erregung des N. hypoglossus gelingt beiderseits nicht; die rechte Zungenhälfte contrahirt sich bei directer faradischer Reizung nicht; galvanische Geschmacksempfindung rechts schwächer als links. — Die laryngoskopische Untersuchung ergab nichts Abnormes. Unter Verschlimmerung der Erscheinungen besonders der Kopfschmerzen und vollständiger Paralyse des rechten Mundfacialis nach einem Monat Exitus. Bei der Section fand sich ausser dem diagnosticirten Uteruscarcinom auch der angenommene Tumor am rechten Felsenbein, der den Trigeminus an seiner Eintrittsstelle, den Meckel'schen Raum und das Ganglion Gasseri infiltrirte; Verengerung des Meatus acustic. int. durch den Tumor, Facialis, Acusticus, Glossopharyngeus und Hypoglossus kolbig verdickt und geröthet; Recurrens frei, Vagus geröthet.

Es handelte sich also um eine rasch fortschreitende Lähmung des 5.—9. und des 12. Gehirnnerven mit Reizerscheinungen im Gebiet des sensiblen Theils des Trigeminus, bedingt durch ein Carcinom des rechten Schläfenbeins, das durch Hineinwuchern in den Sinus cavernosus den Abducens beeinträchtigte und dann den Trigeminus, Facialis, Acusticus, Glossopharyngeus, Hypoglossus und Vagus, letzteren aber nur in geringem Umfang, comprimirte und infiltrirte.

E. Asch (Frankfurt a./M.).

---

24) Zur Pathologie der Bulbärparalyse, von E. Remak. (Archiv für Psych. etc. XXIII. H. 3. p. 919.)

I. Ueber die Betheiligung des oberen Facialisabschnittes bei der progressiven Bulbärparalyse.

Beobachtung 1: 48jährige Frau; keine Lues; Beginn plötzlich (Schwere der Zunge), dann Schluckbeschwerden, Aenderung des Gesichtsausdruckes; nach 6 Wochen

unvollständiger Augenschluss; leichte Sprachstörung, Gedächtnissschwäche, anfallsweise auftretende völlige Unfähigkeit zu sprechen, beiderseits leichte Ptosis, unregelmässige Herzaction, zunehmende Schluckstörung. Später: untere Gesichtshälfte maskenartig starr, Nasolabialfalten fehlen; Lidschluss schwach; rechter M. frontalis ganz unthätig, linker paretisch; Corrugator supercilii minimal thätig, minimaler Lidreflex. Trotz Dyspnoe keine Bewegungen der Nasenflügel. — Bewegung der Bulbi nach allen Richtungen erhalten; Zunge fast völlig gelähmt, aber ohne Furchen oder Rinnen; keine fibrillären Zuckungen. — Quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit im Sphincter oris ohne EaR; ebenso eine quantitative Herabsetzung in den oberen Facialismuskeln. Extremitäten frei (eine partielle Atrophie des einen Cucullaris, wohl von einer Ankylose des Schultergelenkes abhängig). Exspirations- und Expectorationsschwäche; sub finem völlige Dysphagie; Tod 3 Monate nach Auftreten der ersten Symptome.

Mikroskopische Untersuchung: Parenchymatöse Degeneration der Facialiskerne (in ihrer ganzen Ausdehnung mit Atrophie der Ganglienzellen und Reduction ihrer Anzahl auf etwa zwei Drittel gegenüber der Norm), der gemischten (Vagus- und Glossopharyngeus-)Kerne, der Hypoglossuskerne, leichte Atrophie der intramedullären Facialis-, Vagus- und Hypoglossus-Wurzeln, mässige einfache Atrophie mit theilweisem Verluste der Querstreifung der Muskelfasern des allein untersuchten M. orbicularis oris. Dagegen werden die Kerne des Abducens und Trigeminus, die Vorderhörner des Rückenmarkes, die Pyramidenbahnen sowie sämmtliche intrabulbäre Wurzeln der Hirnnerven, insbesondere die des Facialis, Vagus, Hypoglossus gesund befunden (letzteres wohl durch die nur mässige Bulbärkernerkrankung und den schnellen tödtlichen Ausgang bedingt).

Der klinische Verlauf, zusammengehalten mit dem anatomischen Befunde, erscheint geeignet, die von Duchenne versuchte, später ziemlich allseitig zurückgewiesene Aufstellung einer reinen, ohne wesentliche Atrophie einhergehenden Bulbärparalyse gegenüber den mit progressiver Muskelatrophie der Hände u. s. w. einhergehenden, mehr chronisch amyotrophischen Form als einigermaassen berechtigt zu bestätigen.

Das Ungewöhnliche des Falles liegt in der Betheiligung des oberen Facialisabschnittes an den Lähmungserscheinungen; wegen nicht ganz vollständiger Untersuchung des Oculomotoriuskernes hat nicht entschieden werden können, ob die Betheiligung des oberen Facialisabschnittes von einer partiellen Erkrankung des genannten Kernes abhängt, und ob die später hinzugetretene Ptosis als das Symptom einer unmittelbar in der Continuität auf benachbarte Kernregionen fortgeschrittenen polioencephalitischen Degeneration aufzufassen ist.

Der Fall ist den seltenen Beobachtungen von Paralysis bulbaris ascendens anzureihen.

Beobachtung 2: 12jähriges Mädchen; nach Influenza Otitis media; Aenderungen in der Innervation werden anfangs als Folgen dieser Otitis angesehen; bald aber auch ungenügender Augenschluss im Schlafe, leichte Sprachstörung und Schluckbeschwerden. Extremitäten frei. Später starrer Gesichtsausdruck, herabgesetzter Lidreflex, leichte Parese des Gaumensegels und der Zunge, in denselben anfangs keine fibrillären Zuckungen, wohl aber einige Zeit darauf. — Im Gebiete der Faciales keine EaR; im Sphincter palpebrarum anscheinend herabgesetzte Erregbarkeit, Schwäche der Athemmusculatur, die schliesslich plötzlich den Exitus lethalis herbeiführt. — Gesammtdauer kaum $^3/_4$ Jahr; Obduction verweigert.

In den epikritischen Bemerkungen erörtert Verf. mit Rücksicht auf die vorhandene Litteratur die Möglichkeit, dass der Obductionsbefund in diesem Falle, trotz des Bildes der idiopathischen Bulbärparalyse, ein negativer gewesen sein könnte, und ist geneigt, eventuell die überstandene Influenza als causales Moment heranzuziehen.

Auch in diesem Falle ist die starke Betheiligung der Augenfaciales an den Lähmungserscheinungen mit entsprechender Herabsetzung der Lidreflexe von Interesse,

während die in Beobachtung 1 vorhandene Ptosis sich hier nicht entwickelte. Es kann also eine Betheiligung des oberen Facialisabschnittes bei progressiver Bulbärparalyse vorkommen, ohne dass die äusseren Augenmuskeln an der Lähmung betheiligt zu sein brauchen.

II. Ueber paralytische Subluxation des Unterkiefers in Folge einseitiger Kaumuskelparese in einem Falle von acuter Bulbärparalyse.

51jähriger Potator (wahrscheinlich Arteriosclerose der Gehirngefässe) acut erkrankt ohne Bewusstseinsverlust an den Symptomen einer schweren Bulbärparalyse (Dysphagie und Anarthrie) mit noch nach 3 Wochen nachweisbaren Lähmungserscheinungen des Gaumensegels, der Zunge, der Lippenmuskeln, der Kaumuskeln; spurweise Betheiligung der Abducentes wahrscheinlich. Während der ganzen Beobachtungszeit trat bei maximaler activer Oeffnung des Mundes mit Auseinandersperrung der Kiefer eine Subluxation des Unterkiefergelenkes ein, indem der Proc. condyloideus links nach innen abwich, rechts stark fühlbar nach aussen gedrängt wurde, eine Erscheinung, welche wahrscheinlich so zu Stande kam, dass links die Herabzieher des Unterkiefers stärker wirkten, während rechts die auch beim Zubeissen schwachen Mm. temporales und pterygoidei den Unterkiefergelenkfortsatz ungenügend fixirten. (Die gleiche Erklärung giebt Verf. für dieselbe bei einem mit Hemiatrophia facialis dextra behafteten Mädchen beobachtete Subluxation des Unterkiefers, die er hier accidentell erwähnt.)

Zur Erklärung der bei obigem Kranken beobachteten Symptome nimmt Verf. in Pons und Medulla oblongata Blutungen oder thrombotische Heerde an, welche die Pyramidenbahnen der Extremitäten unversehrt gelassen, die zu den Bulbärkernen führenden Bahnen zerstört haben.

Zur Erklärung der Kaumuskelparese hält er die Annahme für zulässig, dass bei der relativ grossen gegenseitigen Entfernung der beiden in den seitlichen Haubenregionen der Brücke gelegenen motorischen Quintuskerne eine in grösserer Nähe derselben innerhalb der Brücke, unterhalb der Commissur mehr einseitig gelegene Heerdläsion doch auch wesentlich einseitige Kaumuskelparese bewirken kann.

Der Beobachtung 1 ist zur Veranschaulichung der mikroskopischen Befunde eine Tafel beigegeben.

A. Hoche (Strassburg).

---

25) **Ueber Abscesse in der Medulla oblongata**, von C. Eisenlohr. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. Nr. 6.)

E. berichtet über zwei sehr seltene Fälle von Bildung secundärer Abscesse in der Medulla oblongata. Im ersten handelte es sich um einen 43jährigen Bahnarbeiter, der an einer linksseitigen eitrigen Pleuritis erkrankt war. Nach einer Ausspülung der eröffneten Empyemhöhle wurde eines Tages der linke Arm und das linke Bein paretisch; die Sensibilität war am linken Vorderarm und an der linken Hand herabgesetzt. Die Parese und die Sensibilitätsstörung steigerten sich Tags darauf wesentlich, letztere bis zur völligen Anästhesie. 24 Stunden später waren auch die rechten Extremitäten paretisch, besonders der rechte Arm. Linke Pupille kleiner als rechte, Lichtreaction erhalten; Facialis-, Hypoglossusgebiet und Augenmuskelnerven frei. — Retentio urinae. Lähmung der Bauchmuskeln. Tod an demselben Abend unter rasch zunehmender Dyspnoe.

Die Section ergab, abgesehen von den Veränderungen der linken Brusthöhle und einem starken Milztumor, einen Abscess im Gebiet der Medulla oblongata, einschliesslich der Ponsregion. Die Eiterhöhle reicht in der hinteren grauen Substanz im Halstheil des Rückenmarks bis zur Höhe der zweiten Cervicalwurzel herab. Der gesammte Querschnitt der Oblongata ist weich, gelatinös glänzend, die Zeichnung verwischt. — Die Untersuchung auf Mikroorganismen ergab auf Schnitten nur sehr spärliche kurze Stäbchen im Gewebe der Medulla oblongata.

Der zweite Fall betraf einen 25jährigen Zimmermann, der an Cerebrospinalmeningitis erkrankt war. Ca. 8 Wochen nach dem Beginn der Erkrankung Unruhe, auffallende Ungleichheit der Pupillen, rechte reactionslos, linke träge reagirend. 4 Tage darauf plötzlich tiefe Benommenheit, leichte Spannung der Muskeln an den unteren Extremitäten; allgemeine Hyperalgesie der Haut, leichte Facialisparese links. 2 Tage darauf heftige epileptiforme Krämpfe, dauernde Muskelunruhe, Lichtreaction beider erweiterter Pupillen aufgehoben. Strabismus divergens. Abends Exitus mit Erhebung der bis dahin nicht gesteigerten Temperatur auf 39°.

Die Section ergab an der unteren Fläche des Kleinhirns und des Pons ein eingedicktes weissgraugefärbtes, nicht reichliches Exsudat. Der dritte und die Seitenventrikel stark erweitert und mit trüber Flüssigkeit gefüllt; in der Höhe der Vierhügel ein in nächster Nähe des Aquäducts befindlicher Heerd. Hier ist die Substanz völlig zerstört, statt dessen eine etwas Eiter enthaltende Höhle. Diese reicht bis in das Niveau der hinteren Vierhügel, die Erweichung setzt sich noch eine kurze Strecke nach oben und unten fort. An der Dura spinalis im oberen und mittleren Dorsaltheil flächenhafte frische Blutung; die Pia der hinteren Fläche in der ganzen Länge des Pons von eingedichten Exsudatmassen durchsetzt. — Die Untersuchung des der Höhle entnommenen Eiters auf Mikroorganismen in Stich- und Plattenculturen ergab mehrere Formen von Coccen und Stäbchenformen.

E. hebt im Anschluss hieran die ausserordentliche Seltenheit dieser secundären Abscesse in der Medulla oblongata hervor, speciell als Complication von Cerebrospinalmeningitis. A. Neisser (Berlin).

Psychiatrie.

26) Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang, von Dr. H. Kaan. (Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. XI. Heft 3.)

Verf. giebt eine kurze Schilderung der auf dem neurasthenischen Angstaffect beruhenden Phobien und Zwangsvorstellungen sowie des primordialen Grübelzwanges. Unter den zur Erklärung des Mechanismus dieser psychopathischen Erscheinungen geschaffenen Theorien werden besonders die chemische Theorie Arndt's, Kowalewsky's und Sadowsky's, Apollonio's localisirte Hyperexcitabilität, und vor Allem — als die am meisten befriedigende — Meynert's Auffassung, welche eine Schwäche des Associationsorganes in Folge Anämie der Rinde neben gleichzeitiger Reizung der subcorticalen Centren durch compensatorische Hyperämie annimmt, berücksichtigt. Bresler (Bunzlau).

---

27) Ueber die Wirkung der atmosphärischen Luftdruckerniedrigung auf die Geisteskranken, von Dr. J. Krypiakiewicz. (Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. XI. H. 3.)

Verf., Assistent an der Privatheilanstalt in Lainz, hat seit einigen Jahren dem Einfluss der Witterung und speciell des Barometerstandes auf den Zustand von Geisteskranken seine Aufmerksamkeit zugewendet und gefunden, dass weder der besonders hohe noch der besonders niedere Grad des Luftdrucks, sondern ausschliesslich das plötzliche Fallen desselben eine nicht zu verkennende nachtheilige Wirkung auf das Befinden der Kranken, zuweilen auch sogar auf den Verlauf der Krankheit ausübt und in den Anstalten jene „bösen“ Tage zeitigt, die sich in auffallender Weise durch die allgemeine Unruhe der Kranken und eine Reihe von verschiedenartigen, unangenehmen Zufällen auszeichnen. Verf. hat sich „seither häufig überzeugen können, dass auch ernstere Zufälle, wie z. B. gehäufte paralytische Anfälle, plötzliche unmotivirte Verschlimmerungen

im Zustande der Schwerkranken, die Entstehung des todtbringenden Decubitus, spastische und paralytische Zustände der Blase, ja wahrscheinlich auch echte apoplectische Anfälle mit andauernder Lähmung etc. in einer auffallenden Abhängigkeit von dieser Luftdrucksschwankung stehen." Neben anderen Beispielen führt K. einen Paralytiker an, welcher an förmlichen „crises gastriques" mit Bluterbrechen litt. „Diese Anfälle wiederholten sich nicht gar so häufig, sicher aber jedesmal an einem jener »bösen« Tage." An einem solchen Tage starb auch der Kranke. Auch sollen periodisch wiederkehrende Anfälle einer Psychose mit besonderer Vorliebe an solchen Tagen einsetzen. Wie einerseits nicht die eigentlichen Wintermonate, d. h. nicht die kälteste Zeit des Jahres, sondern die unbeständigsten, was die Witterung anlangt, es seien, welche man als die gefährlichsten betrachten müsse, also October, März (und freilich auch Januar), so konnte K. andererseits während der heissen Tage des Augusts d. J. nur einmal eine allgemeine Unruhe bei den Kranken beobachten und das war gerade an einem Tage, an welchem der Sirocco herrschte, der ausnahmslos mit einer bedeutenden Luftdruckdepression einhergeht. Einige Male constatirte K. auch an kritischen Tagen Falb's einen auffallenden Einfluss der barometrischen Schwankungen auf den Zustand Geisteskranker. Die Zeit der Reaction, welche letztere gewöhnlich in stärkerem Hervortreten der betreffenden krankhaften Erscheinungen sich äusserte, erwies sich bei den einzelnen Individuen ganz verschieden. Einige reagiren schon vor Erniedrigung des Luftdrucks, andere hingegen erst nachträglich; bei letzteren könne man mit Vortheil die gemachte Erfahrung in prophylactischem Sinne verwerthen.

Bresler (Bunzlau).

---

28) **Kidney disease and insanity**, by George T. Tuttle. (American Journal of insanity. 1892. April. p. 458.)

Verf. führt ausführlich 6 Fälle vor, in denen bei Psychosen Zeichen von Nierenerkrankung vorübergehend auftraten, und fügt eine grosse Tabelle bei, um zu beweisen, dass bei Psychosen Nierenerkrankungen etwas sehr Häufiges seien. Er fand, dass sich im Urin von 200 nach einander aufgenommenen geisteskranken Frauen 55 Mal Eiweiss und Cylinder, 64 Mal Eiweiss ohne Cylinder, 3 Mal Cylinder, aber kein Eiweiss nachweisen liessen, sodass also nur 78 Fälle (39 %) keine Veränderungen des Urins zeigten.

Er zieht den Schluss, dass langdauernde Aengstlichkeit das Auftreten von Albumen, hyalinen, granulirten, Epithelial- und Blutcylindern veranlassen könne, zuweilen mit Begleitung von Oedemen. Diese Nierenerkrankung kann vorübergehend sein, mit der Ursache verschwinden oder, wenn die Ursache zu lange andauert, chronisch werden. Endlich sei Erkrankung der Niere recht gewöhnlich bei Geisteskranken.

Aschaffenburg (Heidelberg).

---

29) **Zur klinischen Kenntniss des Eifersuchtswahnes der Männer**, von R. Werner. (Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. XI. H. 3.)

Eifersuchtswahn, ohne alkoholische Grundlage, wahrscheinlich auf Grund des Gefühls sexueller Unzulänglichkeit entstanden, bei zwei bis zu ihrer Erkrankung körperlich und geistig intacten Männern von 40 bezw. 53 Jahren; bei beiden entwickelte sich im Laufe der Jahre ein allgemeiner Verfolgungswahn, in dem jedoch die eheliche Untreue noch die Hauptrolle spielte; bei dem einen traten überdies frühzeitig Gehörshallucinationen auf.

Bresler (Bunzlau).

III. Aus den Gesellschaften.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzungsbericht vom 14. November 1892.

Herr Hitzig (Halle): **1. Die Stellung der Zunge bei peripherer Lähmung des Facialis.**

Vortr. tritt der Ansicht vieler Autoren entgegen, welche angeben, dass bei peripherischer Facialislähmung die Zunge nicht gerade herausgestreckt werde. Die einen lassen sie nach der gesunden, die anderen nach der kranken Seite abweichen. Thatsächlich wird die Zunge bei Facialislähmung gerade herausgestreckt. In schweren Fällen kann eine sehr erhebliche Abweichung der Zunge nach der einen Seite stattfinden; diese Seite ist niemals die gelähmte, sondern stets die gesunde. In diesen Fällen beobachtet man gleichzeitig eine erhebliche Verziehung des Mundes nach der gesunden Seite hin. Wenn man in diesen Fällen den Mund nach der kranken Seite mit dem Finger verzieht und die Zunge noch einmal herausstrecken lässt, so sieht man, dass es nunmehr in ganz gerader Richtung geschieht. Die Zunge ist gewöhnt beim Herausgehen aus dem Munde sich immer an den Mundrändern zu halten und da diese bei Faciallähmung nach der gesunden Seite verschoben sind, so weicht die Zunge hierbei gleichfalls nach derselben Seite ab.

2. Morphiumabstinenzerscheinungen und Magen.

Vortr. machte die Beobachtung, dass ein Hund, welcher den erbrochenen Mageninhalt eines mit Morphium gefütterten und daran gestorbenen Hundes frass, kurze Zeit nachher gleichfalls unter den Erscheinungen einer Morphiumvergiftung starb. Diese Beobachtung veranlasste ihn zu weiteren Experimenten, aus denen sich ergab, dass ein Hund, dem Morphium injicirt wird, kurze Zeit darauf einen grossen Theil desselben durch den Magen wieder ausscheidet. Ein solcher Vorgang kann natürlich nicht gleichgültig für den Chemismus des Magens sein. Es tritt darnach eine bedeutende Abschwächung der Magensäfte, speciell der Salzsäure ein, umgekehrt aber wird, wenn man mit dem Morphium sistirt, der Magen mit Salzsäure überfluthet. Dies letztere konnte Vortr. am Menschen bei einer Morphiumentziehungscur prüfen. Der Betreffende war bis zu 2 g Morphium pro die gekommen und hatte ausserdem noch ebenso viel Cocaïn genommen, durch dessen Gebrauch er sich das Morphium selbst hatte abgewöhnen wollen. Trotz mehrfacher Entziehungscuren, die nur vorübergehenden Nutzen hatten, griff er immer wieder zur Spritze und war zur Zeit der Aufnahme in die Klinik wieder bei 0,75 g Morphium und 1,0 g Cocaïn pro die gekommen. Während der nun eingeleiteten Entziehungscur, bei welcher die Morphiumdosis allmählich herabgesetzt wurde, wurde gleichzeitig der Mageninhalt des Kranken von Prof. Mehring untersucht. Am ersten Tage war der Salzsäuregehalt gleich null. An den beiden nächsten Tagen, als der Kranke 8—11 cg Morphium erhalten hatte, stieg der Salzsäuregehalt etwas an; dann ging er wieder herunter bis auf 0,02 % und stieg mit der weiter abfallenden Morphiumdosis bis auf 0,112 %. Der Höhepunkt wurde erreicht mit 0,192 und 0,205 %. Freie Salzsäure fand sich erst nach der gänzlichen Einstellung des Morphiums. Die Behandlung des Kranken hatte ausser der systematisch vorgenommenen Entziehung des Morphiums darin bestanden, dass er abends ein lauwarmes Bad bekam, mehrmals Trional und von der Zeit, wo der Salzsäuregehalt stieg, Ausspülungen und Karlsbader Salz. Der Kranke, welcher bei den früher unternommenen Entziehungscuren die allergrössten Beschwerden hatte, zeigte bei dieser Behandlung gar keine Abstinenzerscheinungen. Vortr. ist der Ansicht, dass hier, obwohl man von einer eigentlichen Hyperacidität des Magens nach Aufhören des Morphium nicht sprechen könnte, doch die tägliche Ausspülung

desselben und der Gebrauch des Karlsbader Salzes ein so günstiges Befinden herbeigeführt hat und räth, in solchen Fällen ähnlich zu verfahren, dagegen umgekehrt, wenn jemand gezwungen ist, Morphium zu nehmen, ihm gleichzeitig Salzsäure zuzuführen.

Discussion.

Herr Senator giebt dem Vortragenden zu bedenken, ob nicht bei der Bestimmung der Salzsäure des Mageninhalts der Theil, welcher im Morphium muriaticum enthalten ist und vom Magen ausgeschieden wird, mitbestimmt und damit der eigentliche Salzsäuregehalt des Magens zu gross angenommen worden ist. S. empfiehlt bei Anacidität des Magens besonders die Belladonna.

Herr Hitzig: Diese Salzsäure könne man unberücksichtigt lassen, da die Dosis Morphium im Anfange doch sehr gering war und zuletzt gar keine mehr gegeben worden ist.

Herr Oppenheim: **Ueber atypische Formen der Gliosis spinalis.**

Vortr. ist nicht der Ansicht, dass die Varietäten im klinischen Bilde der Syringomyelie sich, wie Hoffmann meint, einfach durch die Localisation des gliomatösen Processes erklären lassen, meint vielmehr, dass es erforderlich sei die verschiedenen Abarten der Syringomyelie, welche aus der ungewöhnlichen Ausbreitung des anatomischen Processes und aus der Combination mit anderen Veränderungen im Rückenmark resultiren, einzeln kennen zu lernen. Nachdem er sodann mehrere hierher gehörige Fälle kurz erwähnt hat, kommt er auf diejenigen Formen zu sprechen, welche zum grössten Theil oder vollständig unter dem Bilde der Tabes verlaufen und welche er durch folgenden interessanten Fall bereichert: Ein 40jähriger Mann erkrankt im Jahre 1882 mit zunehmender Sehstörung, mit Schmerzen und Schwäche in den Beinen; ferner besteht Gürtelgefühl, taubes Gefühl in den Fusssohlen, Unsicherheit des Ganges, Schwäche beim Urinlassen. Die objective Untersuchung ergiebt: Doppelseitige Opticusatrophie, reflectorische Pupillenstarre, das Kniephänomen fehlt links, ist rechts erhalten, was auch während des ganzen Krankheitsverlaufes bestehen bleibt. An der linken Rumpfhälfte ist das Gefühl erloschen, ebenso besteht dort Thermanalgesie. Zu diesen Erscheinungen gesellen sich später solche der Dementia paralytica. Die Section ergiebt Pachymeningitis und Leptomeningitis, Gliomatosis Medullae spinalis und Degeneratio funiculi post. Medullae spin. Die Gliose beginnt im unteren Halsmark und setzt sich durch das ganze Brust- und Lendenmark fort. Der Process beginnt im Halsmark in den Hintersträngen und hinteren Commissur; im oberen Brustmark ergreift er das ganze Hinterstranggebiet, die Hinterhörner, die hintere Commissur und auch einen Theil der vorderen. Im mittleren Brustmark ist die gesammte graue Substanz ergriffen, sodass die einzelnen Theile nicht mehr zu unterscheiden sind. Vom mittleren Brustmark weiter hinab beschränkt sich der Process auf das linke Hinterhorn, um sich im Lendenmark allmählich zu verlieren. Der Hinterstrang, welcher dem linken Hinterhorn anliegt und die Clarke'sche Säule sind unter der Einwirkung des gliomatösen Processes atrophirt. Im unteren Brustmark tritt eine Degeneration des Hinterstrangs auf, ebenso Faserschwund in der Clarke'schen Säule, was weiter nach abwärts an Ausbreitung zunimmt. Der Fall ist insofern von grossem Interesse, als er zeigt, dass die Gliosis spinalis unter dem Bilde der Tabes verlaufen kann. Ob die Degeneration in den Hintersträngen als eine Folge der Gliosis aufzufassen ist, was wahrscheinlich ist, oder ob sie unabhängig von dieser aufgetreten ist, bleibt unentschieden. Wie in diesem Falle, so sind auch schon in anderen die Symptome der Dementia paralytica hinzugetreten.

Discussion.

Herr Remak (Autorreferat) bemerkt, dass, da bei Tabes das Temperaturgefühl der Haut erfahrungsgemäss am wenigsten und spätesten alterirt zu werden pflegt, die ausgesprochene Temperatursinnstörung des Rumpfes vielleicht schon bei Lebzeiten hätte

auf die Gliose hinweisen können, während der frühzeitige Eintritt der Opticusatrophie und der reflectorischen Pupillenstarre wohl nur von der Tabes abhängen konnte. Wenn Hoffmann die Symptomatologie der Gliose als einfach combinirbar hingestellt habe, so erklärt sich dies vielleicht daraus, dass er von derselben als besondere Krankheitsform die Gliomatose abgetrennt hat, bei welcher durch die Geschwulstbildung Druck auf benachbarte Leitungsbahnen stattfinden könnte.

Redner selbst hat in 7 Fällen Syringomyelie diagnosticirt, seitdem er 1888 in einem typischen Falle besonders das eigenthümliche Oedem der Oberextremitäten hervorgehoben hat (referirt in diesem Centralblatt 1889, S. 235). Uebrigens ist seine Annahme, dass dieses Oedem von einer Alteration des Hinterhorns abhängig zu machen ist, 1890 von Rossolimo in einer Arbeit „Zur Physiologie der Schleife (Ein Fall von Gliomatose eines Hinterhorns des Rückenmarks)“ anatomisch bestätigt worden, ohne dass dieser Autor selbst Werth darauf legt, dass das Oedem mit das erste Krankheitssymptom gewesen war. Auch für die Diagnose der neueren sämmtlich die Oberextremitäten betreffenden Beobachtungen gab wesentlich der Nachweis der partiellen Empfindungslähmung für Wärme und Kälte und Schmerz den Ausschlag. Einmal sollte schon lange vorher eine Vergrösserung der betreffenden Hand in allen Dimensionen (Chiromegalie) bestanden haben. Während in den typischen Fällen, welche mit Muskelatrophie einhergingen, die Sensibilitätsstörung sehr viel ausgedehnter war, als diese, sind drei atypische Fälle bemerkenswerth, in welchen bei ausgesprochener spinaler progressiver Muskelatrophie die weniger ausgeprägte partielle Empfindungslähmung erst durch die Untersuchung entdeckt wurde. Bei einem 21jährigen Fähnrich, welcher seit $1^1/_2$ Jahren fortschreitenden Muskelschwund der rechten Hand bemerkt hatte, und bei welchem erhebliche Duchenne-Aran'sche Localisation rechts und beginnend links vorhanden war, wurde beiderseits bis zu den Schultern aufwärts abklingend herabgesetzte Wärme- und Kälteempfindung nachgewiesen. Ein 28jähriges Fräulein, welche seit 7 Jahren an Muskelatrophie der rechten Oberextremität (Duchenne-Aran'schen Typus, fibrilläre Zuckungen u. s. w.) litt, hatte selbst schon bemerkt, dass sie sich beim Kochen leicht Brandblasen der rechten Hand zuzog. Es fand sich eine wesentliche Herabsetzung nur des Wärmesinns, während das Kältegefühl nahezu normal erhalten schien. Dass übrigens der Kältesinn in geringerer Ausdehnung beeinträchtigt war als der Wärmesinn, hat R. schon 1888 beschrieben. Bei einem zur Zeit beobachteten 58jährigen Metalldrechsler, welcher seit September v. J. an zunehmender rechtsseitiger Schultermuskelatrophie erkrankt war, fand sich im Februar d. J. bei der Aufnahme neben einer rechtsseitigen Muskelatrophie im Bereich der Muskeln des von R. sogenannten Oberarmtypus der spinalen Atrophie oder der Erb'schen Lähmung (mit fibrillären Zuckungen und partieller Entartungsreaction des Deltoideus) Herabsetzung des Temperatursinns und Schmerzgefühls, auch der elektrocutanen Empfindung vom Ellenbogen-aufwärts bis zum Ohrläppchen und vom Thorax abwärts bis zur Höhe der Brustwarze, welche zahlenmässig festgestellt wurde. Unter der galvanischen Behandlung verlor sich bei fortbestehender Muskelatrophie und sich etwas bessernder Motilität zuerst die Störung des Wärme-, später des Kältegefühls, sodass seit Anfang Juni d. J. die Sensibilität normal ist. In diesem Falle, in welchem die Localisation der atrophischen Muskeln mehr an eine Dystrophia muscularis denken liess, war die spinale Muskelatrophie schon durch die fibrillären Zuckungen und den Nachweis der Entartungsreaction wahrscheinlich geworden. Das besondere Interesse dieser Beobachtung liegt aber darin, dass die syringomyelitische Sensibilitätsstörung zurückging, sodass dieselbe entgegen der Hoffmann'schen Angabe nicht immer ein definitives Ausfallssymptom zu sein braucht, sondern hier ebenso wie bei anderen organischen Erkrankungen des Centralnervensystems eine Remission der Symptome vorkommen kann. Umsomehr ist, wie schon Charcot und Dejerine hervorgehoben haben, wahrscheinlich, dass manche Fälle von Duchenne-Aran'scher spinaler Muskelatrophie auf Gliose zurückzuführen sind.

Herr Hitzig theilt Fälle von Syringomyelie mit, in deren Verlauf Infiltrationen der Muskeln vorkamen, sodass sich letztere bretthart anfühlten, ebenso konnte er auch Gelenkaffectionen dabei constatiren.

Herr Mendel erwähnt einen ähnlichen von ihm beobachteten Fall, in welchem die Muskeln auffallend hart waren.

Herr Bernhard theils ebenfalls mehrere atypische Fälle von Syringomyelie mit und sucht das Auftreten der Oedeme auf Traumata und Gelenkaffectionen zurückzuführen, welche bei der bestehenden Anästhesie unbemerkt bleiben.

Herr Remak stellt die Erwägung anheim, ob die brettharten Infiltrationen der Muskeln als interstitielle Gewebsproliferationen nicht in ähnlicher Weise auf trophoneurotische oder angioparalytische Störungen spinalen Ursprungs zurückzuführen seien, wie solche für das Oedem der Haut angenommen werden müssen, an welchem Uebergang zu abscessirenden Processen beobachtet ist. In einem 1884 von ihm vorgestellten Falle (referirt in diesem Centralblatt 1885, S. 105) wurden neben tiefgreifenden Narben nach Blutblasen der Haut vorübergehend schmerzhafte Anschwellung des Schultergelenks und Anschwellung an der Beugeseite des Oberarms (Hämatom?) beobachtet.

Herr Oppenheim bemerkt, dass Fälle von Tabes mitgetheilt sind, bei denen Temperaturstörungen bestanden haben. Opticusatrophie und reflectorische Pupillenstarre sind schon in mehreren Fällen von Syringomyelie constatirt worden; es bleibt noch festzustellen, ob sie in einem bestimmten Zusammenhang zu dem Process stehen oder als Complicationen aufzufassen sind. L. Jacobsohn.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 12. October 1892.

(Vgl. das Protocoll der Wiener medicinischen Presse. 1892. Nr. 43.)

Dr. H. Schlesinger stellt einen Fall von Augenmuskellähmung nach Herpes zoster vor. Ein 40jähriger Mann wurde von einem Herpes zoster frontalis linksseitig befallen, wenige Tage nach dem Auftreten des Herpes wurde der Oculomotorius völlig gelähmt. Gegenwärtig besteht noch eine Parese des ersten Astes des Trigeminus für alle Empfindungsarten, auch Unterempfindlichkeit der Conjunctiva in ihren oberen Abschnitten, complette linksseitige Ptosis und Lähmung sämmtlicher anderen vom Oculomotorius versorgten Muskeln, auch der Binnenmuskeln. Ferner demonstrirt Sch. eine Kranke, die an Morbus Basedowii mit einer Lähmung des N. rectus sup. leidet, eine wie es scheint, sehr seltene Complication. Die 45jährige Patientin begann vor 3 Jahren die Symptome der Basedow'schen Krankheit zu zeigen, seit $1^1/_2$ Jahren Lähmung des N. rect. sup. Die Kranke hat Tachycardie, Struma, starken Exophtalmus, Tremor der Hände. Stellwag's und Gräfe's Symptom. Endlich stellt Sch. eine Kranke vor, die an eigenthümlichen Muskelzuckungen leidet. Dieselben treten in symmetrischen Muskeln im Arme, des Schultergürtels und der Oberschenkel auf, weiter in der Halsmuskulatur, in der Zunge, Kehlkopf und Zwerchfell. Hier und da Ausstossen unarticulirter Laute oder der Worte „also", „eben". Keine Echolalie, keine Koprolalie. Die Zuckungen zeigen sich allerdings in vielen symmetrischen Muskeln, sind verschieden stark und nicht synchron; sie sind blitzartig, von wechselnder Häufigkeit. Handmuskulatur frei. Patientin kann die feinsten Handarbeiten verrichten, wobei die Zuckungen abnehmen, im Schlafe Aufhören der Bewegungen. Sensibilität intact.

Sch. rechnet diese Erkrankung dem Friedreich'schen Paramyoclonus multiplex zu. Gegen Tic convulsif spricht das Freibleiben der Gesichtsmuskulatur und die Abnahme der Bewegungen beim Arbeiten. Die Krankheit von Gilles de la Tourette combinirt sich stets mit psychischen Alterationen, die bei der sehr intelligenten Patientin völlig fehlen. Dieser Umstand — das Freibleiben der Psyche — spricht auch gegen die Diagnose Chorea chronica. Kein Symptom spricht für Hysterie.

Discussion.

Dr. Freud will diesen Fall dem Tic convulsif zugerechnet wissen. Unter dem Ausdruck Myoclonie seien die verschiedensten Kranheitsbilder zusammengefasst, von denen kaum eines dem Friedreich'schen Bilde entspricht. Für die Diagnose Tic spricht hier, dass die Muskeln der Stimmbildung, des Mundbodens und Nackens so stark ergriffen sind. Die Bewegungen sind nicht einfache Zuckungen peripherischer oder myoclonischer Natur, sondern man sehe auch complicirte Gesten. Das unwillkürliche Ausstossen von Worten sei für den Tic charakteristisch. Auffallend sei in dem Falle nur der späte Beginn des Leidens.

F. will seine Diagnose nicht im Sinne eines Widerspruchs gegen den Vortr. gedeutet wissen; „denn die Anschauungen darüber, was Tic und was Paramyoclonus zu nennen sei, seien keineswegs geklärt; jede Ansicht könne Autoritäten für sich anführen."

Dr. Kahane berichtet über einen einschlägigen Fall. Ein 29jähriger Patient litt zuerst an einer mit multipler Abscessbildung einhergehenden fieberhaften Krankheit. Während der Reconvalescenz traten plötzlich Parästhesien, Tremor und Zuckungen, vorwiegend in der linken Schultermuskulatur, auf; dieselben sind symmetrisch und annähernd synchronisch, haben blitzartigen Charakter. Patient war im Stande durch Anspannung der gesammten Körpermuskulatur bei intendirten Bewegungen die Zuckungen zu unterdrücken; Reflexe, Hautreflexerregbarkeit, Sensibilität und motorische Kraft, sowie psychische und sensorielle Functionen ohne auffallende Störungen, keine hysterischen Stigmata. Temporäre Heilung auf hypnotischem Wege.

Dr. Hoch theilt einen Fall mit, wo bei einem Manne in den zwanziger Jahren blitzartige Zuckungen in symmetrischen Muskeln der Extremitäten auftraten, die nur einen geringen Bewegungseffekt ergaben. Sehnenreflexe hochgradig gesteigert. Leichte Hyperästhesie der ganzen Hautdecke. Im weiteren Krankheitsverlaufe steigerte sich die Reflexerregbarkeit enorm, es kam zu ausserordentlicher Hauthyperästhesie, und blosse Erschütterung des Bettes rief die heftigsten Muskelzuckungen bei dem Kranken hervor; später Trübung des Bewusstseins, Temperatursteigerung. Exitus an hypostatischer Pneumonie. Die Obduction ergab ein Hämatom der Dura mater.

v. Frankl-Hochwart.

Die Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater an der Kaiserlichen Universität zu Kasan.

Den 29. Mai a. c. trat in Kasan die Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater an der Kaiserlichen Universität in's Leben. Die Eröffnung ging im Festsaal der Universität unter dem Vorsitz des Herrn Rector der Universität Prof. K. Woroschilow und in Gegenwart der Mitglieder-Gründer der Gesellschaft vor sich. Auf Vorschlag des Herrn Rector der Universität schritten die anwesenden Mitglieder der Gesellschaft zur Vorstandswahl. Erwählt wurden: Referent zum Präses der Gesellschaft (einstimmig); Prof. K. Arnstein zum Vicepräsidenten; Dr. A. Smirnow und Dr. N. Reformatzki zu Secretären; Dr. N. Smelow zum Cassirer; Dr. P.

Skuridin zum Bibliothekar; Referent (Präses) zum Redacteur der von der Gesellschaft herauszugebenden Werke; Prof. K. Woroschilow, Prof. Joh. Dogiel und Prof. M. Kapustin zu Conseilsmitgliedern der Gesellschaft; Prof. N. Mislawski, Prof. M. Usow und P. Globa-Michalenko zu Mitgliedern des Revisionscomité. Nach der Bekanntmachung dieses Wahlresultates trat der Herr Rector der Universität das Präsidium an Referent ab.

Hierauf hielt Referent eine Rede: „Ueber die gegenwärtige Entwickelung der neurologischen Kenntnisse und den Einfluss der gelehrten Gesellschaften auf dieselbe." Es wurde von ihm erläutert, wie die gegenwärtige Epoche sich durch ungewöhnliche Entwickelung der wissenschaftlichen Kenntnisse überhaupt auszeichnet und unter den letzteren die Lehre vom Nervensystem, seinem Bau, seiner Entwickelung, seinen Functionen und den krankhaften Erscheinungen des letzteren mit vollem Recht unser besonderes Interesse beansprucht. Unsere gegenwärtigen Kenntnisse auf dem Gebiete der Neurologie mit denen von vor 20—25 Jahren vergleichend, wies er auf die riesigen Fortschritte der wissenschaftlichen Entwickelung in dieser Richtung hin und malte ein anziehendes Bild von der regen und fruchtbaren Thätigkeit, in dem angegebenen Zeitraum, seitens der hervorragenden Vertreter der Wissenschaft in der Anatomie, Physiologie, Histologie und Pathologie des Nervensystems und dessen Geistesthätigkeiten.

Weiter darauf hinweisend, dass der allgemeinen Entwickelung der neurologischen Kenntnisse auch das Wachsthum der neurologischen Literatur Schritt hält, hob er die Thatsache hervor, dass zu dieser Entwickelung des neurologischen Wissens und dem Anwachsen der neurologischen Literatur die wissenschaftlichen Gesellschaften in bedeutendem Maasse beitrugen und beitragen, da in derselben im lebendigen Austausch der Meinungen eine Menge der brennendsten Fragen bearbeitet und gelöst werden. In Russland existiren zur Zeit drei solche Gesellschaften, wenn man die in allerneuester Zeit in Petersburg in's Leben getretene Gesellschaft für experimentelle Psychologie, deren Charakter und Thätigkeit noch nicht vollkommen aufgeklärt sind, nicht mitrechnet. Von diesen Gesellschaften befinden sich „die Gesellschaft der Psychiater" in St. Petersburg und die Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater und „die psychologische Gesellschaft" in Moskau. Die soeben eröffnete Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater zu Kasan ist somit die vierte, ihre Thätigkeit der Bearbeitung neurologischer Fragen widmende Gesellschaft in Russland. Hierauf seiner besonderen Freude über die Eröffnung der neuen Gesellschaft Ausdruck verleihend, endete der Redner mit dem Wunsch, dass die Arbeiten der Gesellschaft nicht nur den Mitgliedern sondern Allen, welche nach Recht und Wahrheit streben, zur geistigen Speise gereichen mögen!

Sitzung am 5./12. September 1892.

Der Präses der Gesellschaft verlas eine Mittheilung des auswärtigen Mitgliedes Dr. W. Wassiljew „Ueber einen Fall von Psychose nach der Cholera".

Bekanntlich sind Fälle von Psychosen nach der Cholera verhältnissmässig selten beschrieben worden. Autor ist theilweise auf Grund seiner Beobachtungen während der gegenwärtigen, sehr stark aufgetretenen Choleraepidemie in Samara geneigt anzunehmen, dass die Cholera überhaupt nicht häufig als ätiologisches Moment in der Entwickelung von Psychosen in Betracht kommt: er wenigstens sah während der ganzen Beobachtungszeit in Samara, trotz der grossen Procentzahl der Erkrankungen an Cholera nur einen einzigen Fall von Psychose nach unzweifelhaft überstandener Cholera. Kurz ist der Fall folgender:

Der Patient ist ein 36 Jahre alter Diener, im Nährzustande stark herabgekommen, physisch dermaassen schwach, dass er ohne fremde Beihülfe fast nicht im Stande ist zu gehen, wobei er schwankt. Seine Haut ist trocken, sein Gesicht ein-

gefallen, die Augen tief eingesunken, trübe. Die Lungen und das Herz weisen nichts Besonderes auf, nur sind die Herzschläge verlangsamt, bis 56 in der Minute; der Puls ist voll. Die Zunge ist belegt, der Bauch aufgetrieben; zweimal täglich flüssiger Stuhlgang. Aus dem rechten Ohr fliesst reichlich dünner, gelblich-grauer Eiter; das Trommelfell ist geschwollen, trübe; das Gehörvermögen des rechten Ohres geschwächt, des linken aber gut. Das Berührungsgefühl ist erhalten, die Willensempfindlichkeit geschwächt. Die Pupillen sind gleichförmig, mässig contrahirt, auf Licht und Schmerz sehr schwach reagirend. Vollkommenes Fehlen der Patellarsehnenreflexe, sogar bei der Untersuchung nach der Jendrassik'schen Methode. Gleichfalls fehlten die Sehnenreflexe von den Mm. bicipites brachii, tricipites und der Achillessehne, auch waren keine Tast- und Schmerzreflexe von der Sohle aus zu erhalten. Der Cremasterreflex war lebhafter; die idiomuskuläre Contractilität verstärkt. Der Patient zeigt Neigung zum Schlummern, erwacht aber oft, steht auf, versucht fortzugehen, behauptet, dass zu ihm ein Freund gekommen sei, oder dass er Geschäfte halber ausgehen müsse. Die Vorstellung über die eigene Person ist bei ihm regelrecht, die über Ort und Zeit aber dagegen verzerrt. Das Gespräch ermüdet den Kranken schnell, er fängt an zu schlummern, erhebt sich aber plötzlich, zeigt eine entschiedene Neigung zum Fortgehen, indem er angiebt, dass er erwartet, gerufen, verlangt werde. Der Versuch ihn vom Gegentheil zu überzeugen hat schwache Wirkung, so dass der Patient mit einigem Zwang in's Bett gelegt werden muss, jedoch kann er von den Versuchen fortzugehen dadurch abgebracht werden, dass seine Aufmerksamkeit anders in Anspruch genommen wird. Am Abend schlief er schnell ein, verliess aber in der Nacht mit dem Wunsch zu Bekannten zu gehen das Zimmer, verbrachte jedoch, in's Bett gebracht, den übrigen Theil der Nacht ruhig. Er hatte zwei flüssige Stuhlgänge von grauer Farbe; sein Appetit war gut.

Am folgenden (12. Juli) Tage sah er schon rüstiger aus, unterhielt sich schon gerner, ermüdete jedoch leicht. Seiner Meinung nach befindet er sich nicht in Samara, sondern in Stawropol. Wie früher zeigt er Neigung fortzugehen, um seinen Verpflichtungen nachzukommen. Im Uebrigen keine Veränderungen.

Den 13. Juli. — Die Haut des Patienten feucht, er trinkt viel und seine Haut erhielt ihre gewöhnliche Turgescenz. Seine Augen sind nicht mehr so trübe; der Zungenbeleg war verschwunden. Er kann genaue Angaben über den Anfang seiner Erkrankung machen. Er sei den Tag vor seiner Aufnahme in's Choleraspital um 2 Uhr Nachmittag aus dem Circus, wo er angestellt war, nach Hause gegangen und habe starken Durst gehabt. Nachdem er hier die von ihm selbst aus Flaschendünnbier (Kwas) bereitete Speise (Okróschka) verzehrt, habe er in zwei Ansätzen 3 bis 4 Flaschen kalte Milch ausgetrunken, ohne den Durst gestillt zu haben. Hierauf soll er Wasser mit Eis zu trinken angefangen haben, worauf sich bei ihm Erbrechen eingestellt hätte. Zum Erbrechen hätten sich am Abend Convulsionen an Händen und Füssen gesellt, und er habe sich äusserst elend gefühlt. Der herbeigerufene Arzt habe ihm gerathen sich sogleich in das Spital zu begeben, wohin er aber erst am anderen Morgen gegangen sei. Hier trat zum Erbrechen und zu den Convulsionen noch Durchfall. Der Kranke konnte ferner die ganze Einrichtung im Spital genau beschreiben. Gegen Abend kam er ganz zu sich: er konnte sich über die Umgebung schnell orientiren, auch kamen keine Sinnestäuschungen mehr vor. Der Schlaf genügend; der Appetit gut. Zwei Stuhlgänge; die Excremente noch flüssig, doch kommen in denselben schon hin und wieder auch geformte Massen vor. Die Reflexe unverändert; die idiomuskuläre Erregbarkeit war in früherer Stärke vorhanden.

14. Juli. — Der Patient geht ohne fremde Beihülfe, obgleich er schnell ermüdet. Er sieht rüstig aus. Psychisch keine Abänderungen vorhanden. Die Excremente werden gefärbt.

15. Juli. — Der Patient erholt sich schnell. Die Reflexe unverändert; die

Schmerzempfindung zeigt keine Abweichung von der Norm. Der Schlaf und der Appetit sind gut. Zwei ziemlich flüssige Stuhlgänge.

16. Juli. — Psychisch keine Abweichungen. Der Eiterausfluss aus dem Ohr unbedeutend. Die Reflexe unverändert, ausser dass vom Fuss wohl keine Tastreflexe erhalten werden, während der Schmerzreflex deutlich wahrnehmbar wird. Ueber die beiden ersten Tage seines Aufenthaltes im Irrenhaus (den 11. und 12. Juli) weiss der Kranke nichts, ebenfalls ist ihm unbekannt wie er aus der Stadt an den neuen Ort gebracht worden ist; er erinnert sich aber an Einiges vom 13. Juli; vom Abend des 13. Juli ab ist ihm Alles erinnerlich. Er hatte zwei flüssige, gefärbte Stuhlgänge; sein Schlaf und sein Appetit waren gut.

18. Juli. — Der Kniereflex wird beiderseits erhalten, doch sind sie noch schwach; vom Tendo Achilles kein Reflex; die Reflexe von den Sehnen der Mm. bicipites und tricipites brachii deutlich, aber schwach. Von der Sohle werden Schmerz- und Tastreflexe erhalten, sie sind aber rechts stärker als links. Die Bauchreflexe deutlich, ebenfalls die Pupillenreflexe; die Cremasterreflexe wie früher sehr lebhaft.

20. Juli. — Der Zustand der Reflexe wie am 18.; die idiomuskuläre Erregbarkeit schwächer, doch deutlich hervorzurufen; aus dem Ohr fliesst fast gar kein Eiter, das Gehörvermögen bedeutend besser. Zwei flüssige, gefärbte Stuhlgänge täglich. Der Patient verliess als genesen das Krankenhaus.

Autor konnte von den Aerzten des zeitweiligen Choleraspitals der Stadt ermitteln, dass der Patient den 4. Juli in dasselbe mit unzweifelhaften Symptomen der Cholera aufgenommen war, ohne dass bei ihm psychische Störung wahrzunehmen gewesen wäre. Den 6. Juli hörte der Durchfall, den 7. das Erbrechen bei ihm auf, den 9. Juli zeigten sich Symptome von Geistesstörungen, den 10. wurden letztere stärker: der Kranke wurde unruhig, ging an's Fenster und wollte hinausspringen, verlangte Bier, Wein, ertheilte Befehle, verhielt sich der Umgebung gegenüber als Bekannter. Den 11. Juli wurde er dem Irrenhaus überliefert.

Auf die erhaltenen Resultate eingehend, erörtert der Autor unter Anderem die Frage, wovon im gegebenen Falle die Störungen der Reflexe abhingen? Sollen sie mit der überstandenen Cholera, oder mit der Psychose in Verbindung gebracht werden? Zu diesem Zweck untersuchte er die Sehnenreflexe bei 26 Cholerakranken in den verschiedensten Perioden der Krankheit und fand sie fast bei allen Kranken gesteigert; zugleich constatirte er bei diesen Kranken Erhöhung der idiomuskulären Erregbarkeit. Im Ganzen stimmen die von ihm erhaltenen Resultate mit denen 1884 von Josias publicirten überein. Letzterer war auf Grund seiner Beobachtungen an 7 Cholerakranken zum Schluss gelangt, dass bei der Cholera im Anfange und in der Acme der Krankheit die Sehnenreflexe verstärkt, in der Periode der Wiederherstellung aber normal oder schwach gesteigert sind. Somit steht der vom Autor beschriebene Fall bezüglich der Reflexe inmitten aller von ihm untersuchten Cholerakranken vereinzelt da. In diesem Falle wurde vollkommenes Fehlen der Sehnenreflexe, bei gleichzeitiger Verstärkung der idiomuskulären Erregbarkeit beobachtet, was bis dahin bei keinem der untersuchten Cholerakranken constatirt worden war. Aus diesem Grunde kommt der Autor zum Schluss, dass das Fehlen der Reflexe in diesem Falle am wahrscheinlichsten durch die vom Choleragifte bewirkten Veränderungen des centralen Nervensystems, welche auch die entstandene Psychose bedingten, zu erklären sei.

Bei der Besprechung dieses Falles machten Dr. N. Smelow und Referent darauf aufmerksam, dass der beschriebene Fall seinen klinischen Erscheinungen nach sehr an die Amentia von Meynert erinnert, obwohl er sich von derselben durch die kurze Dauer seines Verlaufes unterscheidet. Referent wies ferner auf das Interesse, welches die Beobachtungen des Autors über die Sehnenreflexe während der Cholera und in dem von ihm beschriebenen Fall beanspruchen, hin.

Prof. N. Tolmatschew erwähnte, dass er einen analogen Fall von psychischer Störung nach überstandener Cholera während der Choleraepidemie von 1853 und 1854 in Kasan zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Dr. B. Worotynski theilte mit, dass er während der gegenwärtigen Epidemie in Tümen 4 Fälle von psychischer Störung nach der Cholera beobachtet habe und dass dieselben an den Fall von Dr. Wassiljew erinnerten. In der Reactionsperiode der Krankheit, wo sie augenscheinlich zur Genesung überging und das Erbrechen schon aufgehört hatte und der Durchfall schwächer wurde, erhöhte sich bei den Kranken plötzlich die Temperatur etwas, und es stellten sich Delirium und Hallucinationen ein. Das Bewusstsein war bedeutend getrübt, die Patienten vollführten sinnlose Handlungen, zeigten brüske Bewegungen, äusserten den Wunsch fortzugehen etc.

W. v. Bechterew.

Congress französischer Irrenärzte in Blois vom 1.—6. August 1892.

(Bulletin de la soc. de méd. ment. de Belgique. 1892. September.)

1. Camuset sprach über Verneinungs-Wahn (Délire des negations), einen von Cotard aufgestellten und mit dem Verfolgungswahn verglichenen Symptomencomplex. Bei einer melancholischen Grundstimmung finden sich die Vorstellungen, verdammt und besessen zu sein, gar nicht zu leben, einzelne Organe nicht zu besitzen, keine Seele zu haben, niemals sterben zu können; ausserdem Neigung zu Selbstmord und Selbstbeschädigungen. Analgesie. Die Ansicht Cotard's, dass diese Symptome ein eigenes Krankheitsbild darstellten, muss aufgegeben werden; dieser Symptomencomplex findet sich vielmehr bei verschiedenen Zuständen: Bei einfacher Melancholie, in der Dem. par., beim Verfolgungswahn und auch manchmal bei hysterischem Irresein und bei Dem. senilis. Er ist prognostisch nicht gleichgültig, da er eine tiefere Störung der Persönlichkeit stets anzeigt. Der Verneinungswahn zeigt sich fast nur bei Kranken mit invalidem Gehirn und ist mit den bei solchen Leuten auftretenden, vorübergehenden Ueberschätzungsideen in eine Reihe zu stellen. Therapeutisch wichtig ist eine Bemerkung Carrier's in der Debatte, dass, während die activen Melancholiker durch systematische Opiumbehandlung meistens geheilt werden, die hypochondrischen Melancholiker mit Verneinungswahn von dieser Therapie nicht beeinflusst werden.

2. Ueber die Verschwiegenheit des Irrenarztes spricht Thivet. Analog unserem § 300 Str.-G.-B. existirt auch in Frankreich ein ähnlicher Paragraph, welcher Aerzten, die die ihnen Kraft ihres Standes anvertrauten Privatgeheimnisse unbefugt offenbaren, Geld- oder Gefängnissstrafe androht (§ 378 Code pénal). Wie soll sich der Arzt verhalten, wenn er bei einer genesenen Kranken nach der Zulässigkeit einer Heirath gefragt wird? Wie dann, wenn die unheilbare Kranke sich in einer tiefen Remission befindet? Brouardel erklärt das Berufsgeheimniss unter allen Umständen für unverletzlich und giebt nur Auskunft, wenn die Eltern resp. Verwandten schriftlich ihm dies gestatten; aber selbst dann, welche Wahrheit soll man z. B. dem Manne, der die genesene Kranke zu heirathen beabsichtigt, sagen? Die Prognose, welche der Arzt der Familie gegeben hat, ist doch nur relativ richtig und über diese relative Wahrheit hinauszugehen, hat ihn die Familie ja nicht autorisiert. Wie soll sich der Irrenarzt verhalten, wenn zwei gesunde Menschen, von denen bei einem in der nächsten Verwandtschaft Psychosen bestehen, ihn wegen der ärztlichen Zulässigkeit ihrer Ehe fragen? Ferner, wie weit darf man Krankengeschichten publiciren, ohne wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses sich Unannehmlichkeit zu machen? Der Irrenarzt muss jeden solchen Fall einzeln betrachten und sein Takt wird das richtige treffen; allgemein gültige Vorschriften lassen sich nicht aufstellen. — Einen etwas radikalen Standpunkt vertritt in der Discussion Giraud, welcher sich bei

allen Fragen hinter das Berufsgeheimniss verschanzt, ausser, wenn die Familie des Kranken oder die Behörden Auskunft haben wollen (dieser Modus kann doch zu recht grossen Härten führen. Ref.). Vallon macht auf die Frage des Briefgeheimnisses bei Geisteskranken aufmerksam. Soll man den Kranken ungehindert mit der Aussenwelt correspondiren lassen? Das wäre unter Umständen doch für den Arzt und den Patienten gleich unangenehm. Am zweckmässigsten ist es nach Régis, sich mit der Familie über diejenigen Personen, an die der Patient schreiben darf, zu verständigen.

3. Riu spricht über Irrencolonien; der Vortrag bietet nichts Bemerkenswerthes. In der Debatte stellt Bourneville zur Entlastung der Irrenanstalten folgende Gesichtspunkte auf: Möglichst schnelle Aufnahmen steigern die Zahlen der Heilungen, entlasten also indirect die Anstalten; Unterstützungsvereine für entlassene Kranke würden manchen Rückfall verhindern; die Unterstützung der Familien der Kranken mit Geld (15—30 Fr. monatlich je nach den Umständen) würden ebenfalls den Kranken den Wiedereintritt in's öffentliche Leben erleichtern; ausserdem empfiehlt er die Anlage von Ackerbaucolonien und familiäre Verpflegung nach dem Muster von Gheel (Ilten). Ausserdem schlägt er eine Resolution vor, inhalts deren für Idioten, Epileptiker, Schwach- und Blödsinnige Specialabtheilungen und für nicht gemeingefährliche Unheilbare Ackerbaucolonieen geschaffen werden sollen.

4. Ballet spricht über Verfolgungsideen bei Belasteten. Es wird allgemein angenommen, dass, während der Paranoiker sich ungerechter Weise verfolgt glaubt, der Melancholiker in seinen Leiden nur die Strafe für seine Sünden sieht; entgegen dieser Ansicht hat B. 5 Fälle beobachtet, wo Paranoiker angaben, sie würden mit vollem Recht verfolgt, denn sie hätten den Anlass dazu gegeben. Die Beeinträchtigungen, die der eine Kranke auf allen Gebieten zu erfahren glaubt, schrieben sich davon her, dass ihm operativ ein Hode entfernt worden war; gleich nach der Operation begann man ihn merkwürdig anzusehen, zu zischeln und ihn zu verfolgen. Er zürnt seinen Verfolgern gar nicht, denn sie haben ja Recht; er wünscht dringend, einen künstlichen Hoden angefertigt zu bekommen, weil dann die Verfolgungen aufhören würden; darüber würden sich seine Feinde, die eigentlich gar keine Feindschaft gegen ihn hätten und ihn nur wegen dieses mangelnden Organs verfolgten, sehr freuen. Ritti bemerkt, dass man angeborene Missbildungen als Ursache von Verfolgungsideen bei jungen Leuten schon lange kenne.

5. Raymond und Sérieux: Basedow'sche Krankheit und Geistesstörung. Die Basedow'sche Krankheit wird schon seit langer Zeit und mit Recht als eine allgemeine Neurose mit spinalen, bulbären und cerebralen Symptomen aufgefasst. Die Gehirnsymptome treten nicht nur als Charakteränderungen und als Erregungszustände auf, sie können vielmehr unter dem Bilde fast aller Psychosen erscheinen. Die Autoren heben nun das häufige Zusammentreffen dieser Neurose mit degenerativen Psychosen hervor (Zwangsvorstellungen, impulsive Acte) und berichten über 3 solche Fälle. Es ist unstatthaft, so schliessen sie, eine besondere Folie exophthalmique anzunehmen, da die Geistesstörungen bei Morb. Based. keinerlei Abweichungen von den gewöhnlichen Krankheitsbildern zeigen. Ob die Autoren Recht haben, wenn sie die Basedow'sche Krankheit als Symptom einer erblichen Belastung auffassen, einerlei ob sie isolirt oder mit Psychosen combinirt auftritt, muss dahingestellt bleiben.

6. Vallon bespricht einen Fall von Dem. paralyt. nach Encephalopathia saturnina. Man fasste bisher die Bleiparalyse als eine Modification der Dem. paral. auf; das ist unberechtigt, da sie keineswegs eine Krankheit sui generis, sondern nur eine Entwickelungsperiode der allgemeinen Paralyse darstellt.

7. Ueber Craniectomie spricht Bourneville und demonstrirt Schädel von Idioten, welche keine Spur von Synostose oder zu früher Verknöcherung der Schädelknochen zeigen. Die Theorie, nach der die Microcephalie durch frühzeitige Ossificationspro-

cesse bedingt sein soll und auf der die Craniectomie als therapeutisches Agens gegen jene Zustände beruht, ist also hinfällig und die Operation ungerechtfertigt. Auf Befragen erklärt der Vortragende (Arzt in Bicêtre), er habe nie einen Fall completer Synostose bei idiotischen Kindern gesehen.

8. Proust hält einen Vortrag über Reflexepilepsie. Zwei „nervöse" Leute hatten nach einer schlecht verdauten Mahlzeit zum ersten Male in ihrem Leben einen classischen epileptischen Anfall, der seitdem nie wieder aufgetreten ist. Der Vortr. glaubt, es handle sich in diesem Falle um Reflexepilepsie vom Magen aus und citirt den Fall einer an Magenkrebs leidenden Frau, welche, als sie sich eines Tages mit kaltem und nicht, wie gewöhnlich, mit warmem Wasser wusch, tonische Krämpfe bekam (?). Ballet erwähnt, dass epileptiforme Anfälle bei Magenleidenden und Bandwurmkranken nicht selten seien. Bei Magendilatation seien, wie schon Kussmaul betont habe, die epileptischen Anfälle als durch Auto-Intoxication veranlasst, aufzufassen. Raymond lenkt die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass manche anscheinend spontan auftretende epileptiforme Anfälle auf Urämie in Folge einer interstitiellen Nephritis zurückzuführen seien. Es existirt ausserdem sicher eine Epilepsia tardiva, die erst im höheren Lebensalter auftritt und deren Aetiologie ganz unklar ist.

9. Séglas spricht über einen 15 Jahre alten Hysteriker, welcher in der Periode der Aura eine Fülle automatischer Handlungen zeigte; diese Aura dauerte manchmal tagelang; ausserdem fanden sich bei ihm multiple Hallucinationen des Gefühlssinns, des Auges und Ohres. Während der automatischen Perioden ist das Gesichtsfeld um 30°—40° eingeengt, wird aber nach dem Anfall wieder normal.

10. Ueber eine bestimmte Form acuter Geistesstörung, „la confusion mentale primitive", redet Chastin. Der Vortrag ist in Ann. méd. psych. 1892. Sept.-Oct. veröffentlicht und in Nr. 21 p. 696 dieses Blattes referirt worden.

11. Deny hat 7 Epileptiker mit Strontium bromatum behandelt; das Mittel scheint die Zahl der Anfälle stärker herabzusetzen, als Bromkali, die Dosen sind gleich, Bromismus hat er nie beobachtet. Vallon erklärt, er habe Stront. bromat. wieder verlassen, weil die Anfälle viel häufiger wurden. Lewald (Liebenburg).

IV. Vermischtes.

In Betreff der Zunahme der Trunksucht unter den Frauen lesen wir im British Medical Journal vom 1. October 1892, dass England diesbezüglich die erste Stelle einnehme. In England und Wales betrug die Zahl der trunksüchtigen Frauen im Jahre 1878 nur 5673, im Jahre 1884 dagegen 9451. Von 145,000 in's Gefängniss aufgenommenen Individuen waren 112,000 männlichen und 33,000 weiblichen Geschlechts (im letzten Jahre). Die Verhältnisszahlen der männlichen zu den weiblichen Gefangenen, welche früher 7 : 1 betrugen, sind jetzt auf 3 : 1 gestiegen. In London wurden im letzten Jahre 3500, d. h. 500 Frauen mehr als im Vorjahre der Trunksucht überführt. In Glasgow wurden 10,500 Frauen in's Gefängniss aufgenommen, darunter befanden sich 4000 Individuen, von denen 450 vier bis sechs bis 44 Mal unter verschiedenen Anklagen aufgenommen wurden. Geistige und körperliche Ueberanstrengung, häusliche Sorgen, zu häufige Geburten, Nervenschwäche in Folge anderer körperlicher Leiden, Einsamkeit, Mangel an Beschäftigung oder geeigneter Zerstreuung, sind mitwirkende Ursachen bei der Zunahme der Trunksucht der Frauen, die in diesem Zustande besser in Krankenhäusern untergebracht resp. behandelt werden dürften als in Gefängnissen. S. Kalischer.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Prof. Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Schiffbauerdamm 20.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.